

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....

申請者氏名.....(印)

被保険者との関係.....

京都府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第18条第2項の規定により、
下記のとおり、関係書類を添えて、後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 被保険者番号 | | 電話番号 | |
| 世帯主氏名 | | | |
| 世帯主住所 | | | |

2 減免を申請する保険料の納期(対象月)及び保険料額

| 納期(対象月) | 保険料額 | 納期(対象月) | 保険料額 |
|---------|------|---------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 合計保険料額 | |

3 申請理由

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |
| |