（減免申請書様式）

年　　月　　日

# 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……

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

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