

令和〇年〇月〇日

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者住所 うるま市石川石崎一丁目1番  
申請者氏名 広城 太郎  
被保険者との関係 本人

沖縄県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1項第〇号の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

※何号での申請であるか必ず記入させて下さい。

## 1 被保険者等

氏名カナ	コウイキ タロウ		
氏名	広城 太郎		
住所	うるま市石川石崎一丁目1番		
被保険者番号	12345678	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
世帯主氏名	広城 太郎		
世帯主住所	うるま市石川石崎一丁目1番		

## 2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
令和7年度 普徴1期	100,000円	令和7年度 普徴7期	100,000円
令和7年度 普徴2期	100,000円	令和7年度 普徴8期	100,000円
令和7年度 普徴3期	100,000円		
令和7年度 普徴4期	100,000円		
令和7年度 普徴5期	100,000円		
令和7年度 普徴6期	100,000円		
		合計保険料	800,000円

## 3 申請理由

(例1) 令和〇年〇月〇日事業を廃止により収入見込がなく、納付が困難であるため
(例2) 勤務先の都合（事業縮小等）により現在失業中であり収入見込がなく納付が困難なため
(例3) 傷病（病名記載）により就労困難と診断されたことで離職となったため収入見込がなく納付が困難であるため