

年 月 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

申請者氏名

被保険者との関係

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 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

1 被保険者等

氏 名 カ ナ			
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 保険料の額等

納 期	保 険 料 額	納 期	保 険 料 額
		合計保険料	

3 申請理由