

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

広島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2項の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる減免を取り消されても異議を申し立てません。

なお、私及び私の属する世帯の世帯員の市町村民税課税台帳、課税資料及び減免申請資料を調査確認されることに同意します。また、これらの確認をされることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

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
		合計保険料額	

3 申請理由

※いづごろ、どういった原因で、住宅などに著しい損害、収入が著しく減少などしたか、具体的に記載してください。