

年 月 日

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

北海道後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所\_\_\_\_\_

申請者氏名\_\_\_\_\_印

被保険者との関係\_\_\_\_\_

北海道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


\*申請に当たっては、事実を証明する書類を添付の上、納期限までに提出してください。