様式第５１号（第３２条関係）

　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

　滋賀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

滋賀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１７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。

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

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