

後期高齢者医療保険料減免申請書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請者	フリガナ		申請年月日	年 月 日
	氏名	印	被保険者との関係	
	住所	電話番号 - -		

被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名	印	電話番号	- -
	住所	電話番号 - -		

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。

フリガナ		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女
フリガナ		被保険者との続柄	
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女

対象保険料額	徴収方法の別	特別徴収の方	普通徴収の方
	保険料額	円	円
	徴収月または納期限	月 ~	第 期 ~
	申請書の提出期限・・・普通徴収の方は納期限前7日までに、特別徴収の方は特別徴収対象年金給付の直近の支払日の7日前までに提出してください。		

申請内容	理由	【事実発生年月日 年 月 日】	
	添付資料	・ 災証明書 ・ その他 ()	