

様式第18号(第43条関係)

後期高齢者医療保険料減免申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住 所  
氏 名  
被保険者との続柄  
電 話

保険料の減免を受けたいので、長野県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則第43条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 被保険者等

フリガナ			
被保険者氏名			
被保険者住所			
被保険者番号		電 話	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納 期 限	保 険 料 額	納 期 限	保 険 料 額
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
合計保険料額			円

3 申請理由
