年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

秋田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……

秋田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（平成19年条例第25号）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。

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