年　　月　　日

**後期高齢者医療保険料減免申請書**

（あて先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所　　邑楽郡千代田町

申請者氏名

被保険者との関係

　次のとおり減免を申請します。

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**

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