

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名 ㊟
 (被保険者との関係) (自署の場合は押印不要)
 (TEL)

新潟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 19 条第 2 項の規定により次のとおり関係書類を添えて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

フリガナ			
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
