年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

北海道後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所

申請者氏名印　　　　　　　　　　　　　印

被保険者との関係

北海道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１８条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

１　被保険者等

氏名カナ

氏　名

住　所

被保険者番号

世帯主氏名

世帯主住所

２　保険料の額等

保険料額

納　期

保険料額

納　期

合計保険料

３　申請理由