

後期高齢者医療保険料減免申請書

鳥取県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

申請者住所
申請者氏名 印
被保険者との関係

鳥取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			
住 所			
被保険者番号		電話番号	

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

.....
.....
.....
.....