（申請年度に☑をしてください。複数可）　□　令和元年度　　□　令和２年度

様式第５６号（第３５条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ 被保険者 ・ 連帯納付義務者 ）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

埼玉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１８条第２項の規定により、下記のとおり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	
世帯主氏名	
世帯主住所	

２　保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
		合計保険料	

３ 減免を必要とする理由

（例）世帯主・広域太郎の収入が新型コロナウイルス感染症の影響により 10 分の 3 以上減少したため