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

|  |
| --- |
|  |