

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

印

被保険者との関係

電話番号（ ）

—

三重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		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

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

受 付	届出者（本人・代理人）	入 力	広域連合処理欄
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他（ ）		