様式第５号（第８関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

岩手県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

被保険者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

岩手県後期高齢者医療保険料徴収猶予及び減免に関する要綱第８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

フリガナ			
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
		合計保険料額	

３　申請理由

※記名押印に代えて署名（被保険者本人の自署）することができます。