（減免申請書様式）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

（あて先）京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者住所……

申請者氏名……㊞

被保険者との関係……

京都府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、関係書類を添えて、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	
世帯主氏名			
世帯主住所			

２　減免を申請する保険料の納期（対象月）及び保険料額

納期（対象月）	保険料額	納期（対象月）	保険料額
		合計保険料額	

３　申請理由