

|        |  |
|--------|--|
| 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

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

|                                  |
|----------------------------------|
| .....<br>.....<br>.....<br>..... |
|----------------------------------|

| 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<br>住基カード・障害者手帳<br>保険証・介護保険証<br>その他（ ） |     |         |