年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

沖縄県後期高齢者医療広域連合長　　宛

申 請 者 住 所 ……

申 請 者 氏 名 ……

被保険者との関係 ……

沖縄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１項第　　号の規定により、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 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