

後期高齢者医療保険料減免申請書

(令和6年能登半島地震に係る減免申請書)

令和 年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長 宛

(申請者)

住 所：

氏 名：

電話番号：

石川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19条第2項の規定により、次のおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

1.納付義務者及び減免申請情報

被保険者名		被保険者番号	
生年月日		被害区分	
住 所			