

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、次のと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 | | | |