

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徴収猶予申請書

(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17条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

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	徴 収 猶 予 期 間	備 考
合 計			

3 申請理由

.....

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

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 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()		