

# 記載例

令和4年〇〇月〇〇日

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

申請の日を記入

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

### 住所・氏名・続柄を記入(自署)

※申請者と被保険者が異なる場合は  
委任状が必要です

申請者住所 小松市〇〇町〇〇番地

申請者氏名 小松 太郎

被保険者との関係 本人

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。

記

### 1 被保険者等

氏名カナ	コマツ タロウ		
氏名	小松 太郎		
住所	小松市〇〇町〇〇番地		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	電話番号	090-1234-5678
世帯主氏名	小松 太郎		
世帯主住所	小松市〇〇町〇〇番地		

この欄は、小松市で印刷してあります  
(電話番号のみ記入してください)

日中つながる電話  
番号を記入

### 2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
この欄は、小松市で記入いたします (記入は不要です)			
		合計保険料	

### 3 申請理由

令和4年8月4日の大雨により、居住している住宅(半壊、床上浸水)に  
被害を受けたため。

この欄は、小松市で印刷してあります