

様式第1号 (第3条関係)

年 月 日

新型コロナウイルス感染症に係る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 殿

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

被保険者との関係 _____

新型コロナウイルス感染症に係る沖縄県後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱により、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 被保険者等

フリガナ		被保険者番号	
氏名		電話番号	
住所			
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額

期別	保険料額	期別	保険料額
		合計保険料額	

3 申請理由
