

記入例

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先)静岡県後期高齢者医療広域連合長

被保険者本人、世帯主、被保険者の配偶者いずれかの署名又は記名押印が必要です。
(代理人が申請する場合は、代理人の住所、氏名の署名押印もあわせて必要です。)



申請者住所 吉田町住吉87番地
申請者氏名 吉田 太郎
被保険者との関係 本人



高齢者医療に関する条例第13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	ヨシダ タロウ		
氏名	吉田 太郎		
住所	吉田町住吉87番地		
被保険者番号	11111111	電話番号	0548-33-2103
世帯主氏名	吉田 太郎		
世帯主住所	吉田町住吉87番地		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
記入不要			
合計保険料			

3 申請理由

コロナウイルス感染症により、その者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡又は、重篤な傷病を負った

コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入の減少が見込まれる