

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

申請者住所

申請者氏名

印

被保険者との関係

静岡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			
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	納期	保険料額
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
令和 年 月	円	令和 年 月	円
合計保険料(A)			円

3 申請理由

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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