

令和 3 年 〇 月 〇 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 勝浦市〇〇番地〇

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人

千葉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20条の規定により、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

フリガナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	勝浦市〇〇番地〇		
被保険者番号	123456789	電話番号	0470-〇〇-〇〇〇〇
世帯主氏名	同上		
世帯主住所	同上		

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

・世帯の主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った。
・世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれる。
・世帯の主たる生計維持者が事業等の廃止や失業した。