

後期高齢者医療保険料減免申請書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所 横浜市神奈川区栄町8-1
ヨコハマポートサイドビル9階
 申請者氏名 広域 太郎
 被保険者との関係 本人

いずれかに✓を入れてください。

神奈川県後期高齢者医療広域連合は後期高齢者医療に関する条例附則第9条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料（□令和2年度□令和3年度）の減免を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	横浜市神奈川区栄町8-1 ヨコハマポートサイドビル9階		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	電話番号	***-***-****
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	横浜市神奈川区栄町8-1 ヨコハマポートサイドビル9階		

後期高齢者医療被保険者証に印字された1又は2で始まる8桁の番号です。

2 保険料の額等

納期	保険料額
合計保険料	

氏名、住所、世帯主氏名、世帯主住所は、同名、同住所であれば「同上」とご記入頂いても差し支えありません。

いずれかに✓を入れてください。

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、次の事由に該当したため。

<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡した	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った
<input type="checkbox"/> 事業等の廃止または失業	<input type="checkbox"/> 事業収入の減少
<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入の減少	<input type="checkbox"/> その他 ()

※別紙「収入状況等記入欄」へ続く