記載例

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

（あて先）富山県後期高齢者医療広域連合長

「〇」で囲ってある箇所は必ず記入してください。

申請者住所　〇〇市０００番地
申請者氏　　広域 一郎
被保険者との関係　本人

富山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１９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	コウイキ　イチロウ		
氏　名	広　域　一　郎		
住　所	〇〇市０００番地０００号		
被保険者番号	００００００００	電話番号	０００－００００
世帯主氏名	広　域　一　郎		
世帯主住所	〇〇市０００番地０００号		

2　保険料の額等

納　　期	保 険 料 額	納　　期	保 険 料 額
		合計保険料	

納入通知書に記載されている金額（未記入でも可）

3　申請理由

・新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡した又は重篤な病状となった。

・主たる生計維持者が飲食店を経営しているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、時短営業を行っているため、収入減少となった。

（具体的な状況等をご記入ください。）

※主たる生計維持者は世帯主ですが、収入実態によっては被保険者でも可です。