

令和2年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 益城町大字 _____

申請者氏名 _____ 印

被保険者との関係 _____

熊本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			
氏名			
住所	益城町大字		
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所	同上		

2 保険料の額等 (対象年度：令和元年度)

納期	保険料額	納期	保険料額
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
合計保険料			円

3 申請理由

記入例

令和 2年 〇月 ×日

後期高齢者医療保険料減免申請書

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者は、「被保険者」です。
(被保険者ごとに申請が必要になります。)

申請者住所 熊本県後期市広域町 1

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人



熊本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 タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	熊本県後期市広域町 1		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	電話番号	000-000-0000
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	同上		

わからない場合は記入不要です。

2 保険料の額等 (対象年度：令和元年度)

納期	保険料額	納期	保険料額
第1期	50,700円	第7期	50,500円
第2期	50,700円	第8期	50,500円
第3期	50,700円	第9期	50,500円
第4期	50,700円	第 期	円
第5期	50,500円	第 期	円
第6期	50,500円	第 期	円
		合計保険料	455,300円

3 申請理由

新型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の事業収入等の減少が見込まれるため。

届出人と申請者が異なる場合は連絡先の把握をお願いします。(記入は必須ではありません。)

届出人 広域 花子

連絡先 0123-456-789