

後期高齢者医療保険料減免申請書

滋賀県後期高齢者医療広域連合長

様

申請者住所.....

申請者氏名.....^①

被保険者との関係.....

滋賀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17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
		合計保険料	

3 申請理由

<input type="checkbox"/> ①世帯の中に、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又は重篤な傷病を負った者がいる。 <input type="checkbox"/> ②新型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、山林収入又は給与収入の減少が見込まれる。
--