

後期高齢者医療保険料減免申請書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

山形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

新型コロナウイルス感染症により、次の事由に該当したため。(該当番号に○をつけてください)

①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ため。

②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ため。