

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料減免申請書（令和 年度）

（宛先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....

申請者氏名.....

被保険者との関係.....

群馬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18条第2項の規定により、次のとおり減免を申請します。

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

| |
|-------|
| |
| |
| |

【市町村記入欄】

| | |
|-----------|--|
| 申請書添付書類 | <input type="checkbox"/> 医師による死亡診断書・診断書等（第2条第1項第1号該当の場合のみ添付） <input type="checkbox"/> 収入申立書（第2条第1項第2号該当の場合のみ添付） |
| 申請書添付書類省略 | <input type="checkbox"/> 第2条の事実を公簿等により確認 |