

〇〇年〇〇月〇〇日

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)

年度を忘れずに記入してください

(宛先)群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....前橋市大渡町1-10-7.....

申請者氏名.....広域 太郎.....

被保険者との関係.....本人.....

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	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	前橋市大渡町 1-10-7		
被保険者番号	00000000	電話番号	000-000-0000
世帯主氏名	広域 花子		
世帯主住所	前橋市大渡町 1-10-7		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
5/1	1,100円		
		合計保険料	1,100円

令和4年度末に資格を取得したこと等により令和5年4月以後に普通徴収の納期限が到来する保険料を記入してください。

3 申請理由

(例) 新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入等の減少が見込まれるため。

【市町村記入欄】

申請書添付書類 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)
 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 第2条の事実を公簿等により確認