

記入例

令和●年 ●月 ●日

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 新潟市●●区■■■■

申請者住所、氏名の署名捺印、被保険者との関係を記入してください。

申請者氏名 後 期 太 郎

(被保険者との関係 本人

後
期

新潟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関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

以下の必要事項をご記入ください。

記

1. 被保険者等

フリガナ	コウキ タロウ		
氏 名	後 期 太 郎		
住 所	新潟市●●区■■■■		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	電話番号	〇〇〇 - □□□ - △△△△
世帯主氏名	〇〇 △△		
世帯主住所	新潟市●●区■■■■		

保険料額が分からない場合は、空欄で構いません。

2. 保険料の額等

納 期	保険料額	納 期	保険料額
令和元年度 8 期	4, 1 0 0 円	令和 2 年度 5 期	
令和元年度 9 期	4, 1 0 0 円	令和 2 年度 6 期	
令和 2 年度 1 期		令和 2 年度 7 期	
令和 2 年度 2 期		令和 2 年度 8 期	
令和 2 年度 3 期		令和 2 年度 9 期	
令和 2 年度 4 期			
		合計保険料	

3. 申請理由

(例 A) 新型コロナウイルス感染症により主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため。

(例 B) 新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の収入減少が見込まれるため。