

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

申請者欄は、被保険者の住所・氏名を記入してください。

湯沢町大字神立300番地

申請者氏名

湯沢 花子

印

(被保険者との関係 本人 )

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。

記

1. 被保険者等

Table with 4 columns:フリガナ, 氏名, 住所, 被保険者番号, 世帯主氏名, 世帯主住所, 主たる生計維持者氏名, 世帯主若しくは主たる生計維持者電話番号※. Includes a callout box: 主たる生計維持者が世帯主と異なる时候にご記入ください。

(※昼間 連絡の取れる電話番号等・携帯をお持ちの方は携帯番号)

2. 保険料の額等

Table with 4 columns: 納期, 保険料額, 納期, 保険料額. Includes a callout box: 減免を希望する年度を記載してください。

3. 申請理由

Form with checkboxes for application reasons: 世帯の主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症に感染し、死亡または重篤な傷病になったため, 世帯の主たる生計維持者が事業廃止または失業したため, 世帯の主たる生計維持者の事業収入等において、収入見込が前年より30%以上減少となるため.