

後期高齢者医療保険料減免申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 福井県福井市西開発4丁目202番1

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人

申請者の氏名、住所、被保険者との関係を記入してください。

福井県広域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、福井県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料減免規則の規定により、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

被保険者の被保険者番号、フリガナ、氏名、生年月日、住所、被保険者番号、電話番号を記入してください。

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	福井県福井市西開発4丁目202番1		
被保険者番号	01234567	電話番号	0770-00-0000
世帯主氏名	広域 次郎		
世帯主住所	福井県福井市西開発4丁目202番1		

世帯主の氏名、住所を記入してください。

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
記入不要			
		合計保険料	

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症によって主たる生計維持者が死亡又は危篤の傷病を負ったため。 (又は) 新型コロナウイルス感染症の影響によって主たる生計維持者の事業収入等(事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入)が減少したため。
--