

後期高齢者医療保険料減免申請書

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

・申請日
・被保険者の住所、氏名
を記入し、捺印してください。

申請者住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地
申請者氏名 広域 源五郎
被保険者との関係 本人

岐阜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

氏名カナ	コウイキ ゲンゴロウ		
氏名	広域 源五郎		
住所	岐阜市柳津町宮東1丁目1番地		
被保険者番号	099999△△	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	同上		

・被保険者の氏名、住所、被保険者番号、電話番号を記入してください。

・世帯主の氏名、住所を記入してください。
(被保険者自身が世帯主の場合は、記入の必要はありません。)

2. 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
令和2年(普徴) 第1期(7/31)	15,800円		
令和2年(普徴) 第2期(8/31)	15,000円		
令和2年(普徴) 第3期(9/30)	15,000円		
令和2年(特徴) 10月	30,000円		
令和2年(特徴) 12月	30,000円		
令和2年(特徴) 2月	30,000円		
		合計保険料	135,800円

令和2年度後期高齢者医療保険料を記入してください。

3. 申請理由

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事業収入等の減少が見込まれるため。

申請理由には、
・新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため。
・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事業収入等の減少が見込まれるため。
のどちらか該当する方を記入してください。