

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 .....

申請者氏名 ..... (印)

被保険者との関係 .....

栃木県後期高齢者医療条例第18条第2項

の規定により、必要書類を添付し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			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

## 2 保険料の額等

年度	納期	保険料額	年度	納期	保険料額
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円
	特・普 第 期	円		特・普 第 期	円

(再掲)

年度	合計保険料額	年度	合計保険料額
	円		円

## 3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により
<input type="checkbox"/> 世帯主が死亡・重篤な傷病
<input type="checkbox"/> 世帯主の事業収入等の減少
上記の理由のため、保険料の減免を申請する。

※証明する書類等を添付してください。