

後期高齢者医療保険料減免申請書

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者住所\_\_\_\_\_

申請者氏名\_\_\_\_\_

被保険者との関係\_\_\_\_\_

山形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 20 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			
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

納 期	保険料額	納 期	保険料額
		合計保険料額	

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれるため。