

記載例

様式第49号（第30条関係）

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の方の氏名等を書いて、押印してください。

申請者住所 _____
申請者氏名 _____ (印)
被保険者との関係 _____

香川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21条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

被保険者の方の氏名等
記入してください。

記

日中にご連絡のつく番号
をお願いします。

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 |
|----|----------------------------|--------|------|
| | | | |
| | 保険料の額等がわからない場合は空欄でもかまいません。 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 合計保険料額 | |

3 申請理由

| |
|---|
| 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 |
| または |
| 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収入減少が見込まれるため |