

後期高齢者医療保険料減免申請書（記入例）

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

この欄は申請者が自署してください(押印は不要)

申請者住所.....指宿市〇〇町〇〇番地.....
 申請者氏名.....広域 太郎.....
 被保険者との関係.....本人.....

鹿児島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 タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	指宿市〇〇町〇〇番地		
被保険者番号	00000001	電話番号	000-0000-0000
世帯主氏名	同上		
世帯主住所	同上		

納入通知書で確認できます

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
1期（特別徴収）	36,200		
2期（特別徴収）	36,200		
3期（特別徴収）	36,200		
4期（特別徴収）	36,400		
5期（特別徴収）	36,400		
6期（特別徴収）	36,400		
		合計保険料	217,800

保険料の金額については期毎の保険料額をご確認いただき、記入してください。

3 申請理由

<input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため