

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 栃木県宇都宮市本町3-9

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人

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	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	栃木県宇都宮市本町3-9		
被保険者番号	00000000	電話番号	028-627-6805
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	栃木県宇都宮市本町3-9		

2 保険料の額等

年度	納期	保険料額	年度	納期	保険料額
R 4	特 普 第 1 期	5,400 円	R 4	特 普 第 7 期	5,400 円
R 4	特 普 第 2 期	5,400 円	R 4	特 普 第 8 期	5,400 円
R 4	特 普 第 3 期	5,400 円		特・普 第 期	
R 4	特 普 第 4 期	5,400 円		特・普 第 期	
R 4	特 普 第 5 期	5,400 円		特・普 第 期	
R 4	特 普 第 6 期	5,400 円		特・普 第 期	

(再掲)

年度	合計保険料額
R 4	43,200 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	該当する理由に、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。
<input checked="" 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。