年　月　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

愛知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　 |  |

３ 申請理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者住所　名古屋市東区泉１丁目番５号

申請者氏名　広域　次郎

被保険者との関係　　長男（本人申請でない場合に記入）

愛知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　 | 名古屋市東区泉１丁目６番５号 |
| 被保険者番号 | ９９９９９９９９ | 電話番号 | 000-000-0000 |
| 　世帯主氏名　 | 広域　次郎 |
| 　世帯主住所　 | 同上 |

２ 保険料の額等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　納期　 | 　保険料額　 | 　納期　 | 　保険料額　 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 　合計保険料　 |  |

３ 申請理由

|  |
| --- |
| ・災害により、財産について著しい損害を受けたため。 |
| ・事業又は業務の休廃止、失業等により収入が著しく減少したため。 |
| ・刑務所等の各施設に収容又は入所しているため。　　等　　 |
| **市町村受付印** |
|  |