

後期高齢者医療保険料減免申請書(記入例)

この申請書は「被保険者1人につき1枚」ご提出が必要です。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり令和2年度分後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記入日

申請者	フリガナ	サセボ タロウ	申請年月日	年 月 日
	氏名	佐世保 太郎 印	被保険者との関係	子
	住所	〒 857 - 8585 佐世保市 八幡町 1 番 10 号 電話番号 0956 - 24 - 1111		

申請者は主たる生計維持者(世帯主)です。

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	S 2 0 年 1 月 1 日
	フリガナ	サセボ ハナコ	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	佐世保 花子	電話番号	
	住所	〒 857 - 8585 佐世保市 八幡町 1 番 10 号		

申請者が被保険者本人の場合、住所電話番号は記載不要です。

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。

フリガナ	サセボ タロウ	被保険者との続柄	子
世帯主の氏名	佐世保 太郎	生年月日	S 4 5 年 1 月 1 日
		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
フリガナ		被保険者との続柄	
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女

世帯主に配偶者がいる場合は配偶者欄もご記入ください。

対象保険料額	徴収方法の別	特別徴収の方	普通徴収の方
	保険料額	3,500 円	3,300 円
	徴収月または納期限	10 月 ~	第 1 期 ~

申請書の提出期限・・・普通徴収の方は納期限前7日までに、特別徴収の方は特別徴収対象年金給付の直前支払日の7日前までに提出してください。

新型コロナウイルスの影響による減免申請の場合は、特例によりこの限りではありません。

申請内容	理由	【事実発生年月日 年 月 日】 例:新型コロナウイルスの影響で休業のため昨年中に比べて収入が減少したため 例:新型コロナウイルスにより主たる生計維持者が死亡したため 例:新型コロナウイルスにより主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため
	添付資料	・り災証明書 ・その他(令和2年1月以降の収支計算書・診断書等)

申請の理由を記入し、理由に応じた添付資料を同封してください。