

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

岡山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 .....

岡山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18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   |  |      |  |
| 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 減免を必要とする保険料の額等(  令和元年度分  令和2年度分 )

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

## 3 申請理由

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、世帯の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 type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかが前年に比べ、10分の3以上減少する見込みであるため。 |