

後期高齢者医療保険料減免申請書(記入例)

この申請書は「年度毎で被保険者1人につき1枚」ご提出が必要です。

令和2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。

申請者	フリガナ	ヒラドシ タロウ	申請年月日	令和2年●月●日
	氏名	平戸市 太郎 印	被保険者との関係	本人
	住所	〒 859 - 5192 平戸市岩の上町1508番地3 電話番号 0950- 22 -9124		

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	昭和18年 10月 1日
	フリガナ	ヒラドシ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	氏名	平戸市 太郎 印	電話番号	- -
	住所	申請者と被保険者は同じにしてください		

※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	ヒラドシ タロウ	被保険者との続柄	本人
世帯主の氏名	平戸市 太郎	生年月日	昭和18年 10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

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	円	円
	徴収月または納期限	月 ~	第 期 ~

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販売額が〇月から〇月の間において大幅に減少した。そのため、令和2年中の収入が令和元年と比べて3割以上減少する見込みのため。
	添付資料	・ 災証明書 ・ その他 (確定申告書写し、令和2年収支申告書)