

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 _____ (印)

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。