

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 酒田市本町二丁目2番45号申請者氏名 酒田 太郎被保険者との関係 本人

山形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20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	サカタ タロウ		
氏名	酒田 太郎		
住所	酒田市本町二丁目2番45号		
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	0234-〇〇-〇〇〇〇
世帯主氏名	同上		
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
	記入不要です		
		合計保険料	

## 3 申請理由

新型コロナウイルス感染症により、次の事由に該当したため。(該当番号に○をつけてください)
①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。
②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減少が見込まれるため。