

後期高齢者医療保険料減免申請書

記入例

令和4年7月15日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 令和4 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	コウキ ジロウ	申請年月日	令和4年7月15日
	氏名	後期 次郎	被保険者との関係	子
	住所	〒 857 - 0392 北松浦郡佐々町●●免□□番地△△ 電話番号 0956 - 62 - 2101		

被保険者	被保険者番号	01235678	生年月日	昭和18年6月1日
	フリガナ	コウキ タロウ	性別	男・女
	氏名	後期 太郎	電話番号	0956 - 62 - 2101
	住所	〒 857 - 0392 北松浦郡佐々町●●免□□番地△△		

※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	コウキ タロウ	被保険者との続柄	本人
世帯主の氏名	後期 太郎	生年月日	昭和18年6月1日
		性別	男・女
フリガナ	コウキ ハナコ	被保険者との続柄	妻
配偶者の氏名	後期 花子	生年月日	昭和19年4月12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 ~	

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近の支払日の7日前までに提出してください。

対象保険額については記入不要です。

申請内容	理由	【事実発生日 令和4年3月25日】 新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の収入が減少したため。
	添付資料	・り災証明書 ・その他(収入申告書、給与明細書、通帳の写し)