

### 後期高齢者医療保険料減免申請書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所 横浜市神奈川区栄町8-1

ヨコハマポートサイドビル9階

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人

令和4年度に✓を入れてください。

神奈川県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者医療に関する条例附則第6条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料（□令和3年度□令和4年度）の減免を申請します。

#### 記

1 被保険者等

氏名カナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	横浜市神奈川区栄町8-1 ヨコハマポートサイドビル9階		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	電話番号	***-***-****
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	横浜市神奈川区栄町8-1 ヨコハマポートサイドビル9階		

後期高齢者医療被保険者証に印字された8桁の番号です。

2 保険料の額等

納期	保険料額		
合計保険料			

氏名、住所、世帯主氏名、世帯主住所は、同名、同居所であれば「同上」とご記入頂いても差し支えありません。

いずれかに✓を入れてください。

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、次の事由に該当したため。

<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡した	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った
<input type="checkbox"/> 事業等の廃止または失業	<input type="checkbox"/> 事業収入の減少
<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入の減少	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※別紙「収入状況等記入欄」へ続く