

●申請時には運転免許証などの本人確認書類を付けてください。

後期高齢者医療保険料減免申請書

【記入例】

令和3年〇月〇日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請者は世帯の主たる生計維持者です。

申請者	フリガナ	イサハヤ タロウ	申請年月日	令和3年〇月〇日
	氏名	諫早 太郎	被保険者との関係	本人
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 諫早市東小路町7番1号		

連絡がつく番号を記載してください。
電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	生年月日	S 〇〇 年 〇 月 〇 日
	フリガナ	イサハヤ タロウ	電話番号	- -
	氏名	諫早 太郎	被保険者が申請者と異なる場合は住所・電話番号も記載してください。	

住所 〒 -

※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	イサハヤ タロウ	被保険者との続柄	本人
世帯主の氏名	諫早 太郎	生年月日	S 〇〇 年 〇 月 〇 日
フリガナ		被保険者との続柄	
配偶者の氏名	配偶者がいらっしゃる場合は、この欄の記入をお願いします。		月 日

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 日	第 期
	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。		

保険料決定通知を参考に申請期間の対象保険料を記載してください。

申請内容	理由	<p>【事実発生年月日 〇年 〇〇月 〇〇日】</p> <ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響により、自粛していたため仕事ができなかった 販売している商品の単価が下がり、収入が減少した 等 <p>※業種によって申請理由や影響は異なるので、収入が減少した理由をできるだけ詳しく記載をお願いいたします。</p>
	添付資料	<ul style="list-style-type: none"> り災証明書 その他 ()