

後期高齢者医療保険料減免申請書

北海道後期高齢者医療保険広域連合長 宛

令和 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

被保険者との関係

北海道後期高齢者医療保険広域連合後期高齢者医療に関する条例第18条の規定により次のとおり後期高齢者医療保険の減免を申請します。

1 被保険者等

氏名			
氏名カナ			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額

3 申請理由

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症により
<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が死亡したため
<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため。
<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者の収入が減少したため。