

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者住所 名古屋市東区泉1丁目番5号

申請者氏名 広域 次郎

被保険者との関係 長男 (本人申請でない場合に記入)

愛知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19条の規定により、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	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	名古屋市東区泉1丁目6番5号		
被保険者番号	99999999	電話番号	000-000-0000
世帯主氏名	広域 次郎		
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
令和〇年〇月〇日	10,000円	令和〇年〇月〇日	10,000円
令和〇年〇月〇日	10,000円	令和〇年〇月〇日	10,000円
令和〇年〇月〇日	10,000円	令和〇年〇月〇日	10,000円
令和〇年〇月〇日	10,000円		
令和〇年〇月〇日	10,000円		
令和〇年〇月〇日	10,000円		
		合計保険料	90,000円

3 申請理由

・令和〇〇年〇月〇日 火災により現に居住する住宅について著しい損害を受けたため。
・令和〇〇年〇月〇日 会社を解雇されたため、収入が大幅に少なくなったため。
・令和〇〇年〇月〇日 病気療養のため会社を退職し、収入が大幅に少なくなったため。
・令和〇〇年〇月〇日から令和〇〇年〇月〇日の間、〇〇拘置所及び〇〇刑務所に入所していたため。