

記載例

様式第49号（第30条関係）

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の方の氏名等を書いて、押印してください。

申請者住所

申請者氏名

印

被保険者との関係

香川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21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。

被保険者の方の氏名等
記入してください。

記

日中にご連絡のつく番号
をお願いします。

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
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
	保険料の額等がわからない場合は空欄でもかまいません。		
		合計保険料額	

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため
または
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減少が見込まれるため