

後期高齢者医療保険料減免申請書

大分県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者住所

申請者氏名

印

被保険者との関係

大分県後期高齢者医療条例第 18 条第 1 項の規定により、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 | | | |
| 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 |
|----|------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 合計保険料 | |

3 申請理由

| |
|--|
| 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免を申請します。 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入が減少したため |
| <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が事業等を廃止又は失業したため |
| |

【同意欄】 ※内容に同意のうえ、に✓をつけて下さい。

| |
|--|
| 大分県後期高齢者医療広域連合が行う次の事項に関し同意します。 |
| <input type="checkbox"/> 決定要件の妥当性等を審査するため、必要な書類、所得・課税情報等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めること |
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響による国民健康保険税及び介護保険料の減免に関することについて市役所担当課との情報共有について |