後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 富山県後期高齢者医療広域連合長

「〇」で囲ってある箇所は

必ず記入してください。

申請者住所<u>〇〇市000番地</u> 申請者氏<u>広城 一郎</u> 被保険者との関係<u>本人</u>

富山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条第2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

. 1					
氏名カナ	コウイキ イチロウ				
氏 名	広 域 一 郎				
住所	○○市000番地000号				
被保険者番号	00000000	電話番号	000-0000		
世帯主氏名	広 域 一 郎				
世帯主住所	〇〇市000番地000号				

2 保険料の額等

納	期	保険料額	納	期	保険料額	
	<u>√</u>	コキルゴ おとしゃ ベル	7 / 455 (1	-=11 -= 3		
		コ書に記載されてい 「	`る金額(オ ─	一一 一	, PJ)	
	Ì					
			合計例	录険料		

3 申請理由

<u>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た又は重篤な</u> 病状となった。

・主たる生計維持者が飲食店を経営しているが、新型コロナウイルス感染症の

影響により、時短営業を行っているため、収入減少となった。

(具体的な状況等をご記入ください。)