第２５号様式

令和　４年　〇月〇〇日

後期高齢者医療保険料減免申請書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長　あて

申請者住所　横浜市神奈川区栄町８－１
ヨコハマポートサイドビル９階
申請者氏名　広域　太郎
被保険者との関係　本人

いずれかに✔を入れてください。

神奈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附則第６条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料（□令和３年度□令和４年度）の減免を申請します。

記

１　被保険者等

後期高齢者医療被保険者証に印字された１又は２で始まる８桁の番号です。

氏名カナ	コウイキ　タロウ		
氏　名	広域　太郎		
住　所	横浜市神奈川区栄町８－１　ヨコハマポートサイドビル９階		
被保険者番号	１２３４５６７８	電話番号	***-***-****
世帯主氏名	広域　太郎		
世帯主住所	横浜市神奈川区栄町８－１　ヨコハマポートサイドビル９階		

２　保険料の額等

氏名、住所、世帯主氏名、世帯主住所は、同名、同住所であれば「同上」とご記入頂いても差し支えありません。

納　　期	保険料額		
		合計保険料	

いずれかに✔を入れてください。

３　申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、次の事由に該当したため。
□主たる生計維持者が死亡した　□主たる生計維持者が重篤な傷病を負った
□事業等の廃止または失業　□事業収入の減少
☑給与収入の減少　□その他（　　）

※別紙「収入状況等記入欄」へ続く