様式第30号（第19条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

静岡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13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。

１ 被保険者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 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

|  |
| --- |
| □　 コロナウイルス感染症により、その者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡又は、重篤な傷病を負った |
| □　 コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入、給与収入の減少が見込まれる |
|  |
|  |