

後期高齢者医療保険料減免申請書

記入例

鳥取県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

申請者住所 鳥取県米子市加茂町1丁目〇〇番地

申請者氏名 連合 花子 連合印

被保険者との関係 妻

申請者は、原則、被保険者本人、世帯主、配偶者、または被保険者と同じ世帯に属する世帯員です。
必ず印をしてください。

鳥取県後期高
り後期高齢者医

療に関する条例第19条の規定により、次のとお

認印を押印してください。
シャチハタは不可です。

1 被保険者等

氏名	<u>連合 太郎</u>		
住所	<u>鳥取県米子市加茂町1丁目〇〇</u>		
被保険者番号	<u>1234567</u>	電話番号	<u>〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇</u>

2 保険料

納	納期	保険料額
減免申請をする被保険者本人 について記入してください。		
申請理由について詳しく記入 してください。	合計保険料	

3 申請理由

<u>土産物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観光客が減少しており、収入が大幅に減少することが見込まれるため。</u>