

後期高齢者医療保険料減免申請書

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

令和 年 月 日

申請者住所 _____
 申請者氏名 _____
 被保険者との関係 _____

①記入日

②被保険者（減免を行う方）
 の住所・氏名
 被保険者との関係は“本人”と
 記入

③電話番号

④被保険者が世帯主
 の場合は同上と記入

①～⑤のみ記入
 してください

⑤該当する理由
 にチェック

北海道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18条の規定により、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

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症により

<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が死亡したため
<input type="checkbox"/>	主たる生計維持者が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

記入例

新型コロナウイルス感染症の影響による 後期高齢者医療保険料の減免フロー図

