様式第５号（第６条関係）

記入要領

令和　　年　　月　　日

記入した日

後期高齢者医療保険料減免申請書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所……　押印

申請者氏名……㊞

記入者の情報を記入

被保険者との関係……

鹿児島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

氏名カナ			
氏　名			
住　所	鹿屋市		
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所	鹿屋市		

本人の情報を記入

世帯主の情報を記入

２　保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
		合計保険料	

記入不要

３　申請理由

１	新型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し又は重篤な傷病を負い、納付が困難なため。
２	新型コロナウイルス感染症の影響により、その者の属する世帯の主たる生計維持者の収入の減少が見込めれ、納付が困難なため。
３	その他 （　　）

該当する番号に○