様式第１号（第４条関係）

年　　　月　　　日

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料減免申請書（令和元年度）

（宛先）群馬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

群馬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18条第２項の規定により、次のとおり減免を申請します。

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 合計保険料 |  |

３　申請理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

【市町村記入欄】

申請書添付書類　　　□医師による死亡診断書・診断書等（第２条第１項第１号該当の場合のみ添付）

□収入申立書（第２条第１項第２号該当の場合のみ添付）

申請書添付書類省略　□第２条の事実を公簿等により確認