

<令和4年度分>

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者住所 -----

申請者氏名 -----

被保険者との関係 -----

愛知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（普通徴収）	保険料額	納期（特別徴収）	保険料額
令和4年4月30日		令和4年5月10日	
令和4年6月30日		令和4年7月11日	
令和4年8月31日		令和4年9月12日	
令和4年10月31日		令和4年11月10日	
令和4年12月26日		令和5年1月10日	
令和5年2月28日		令和5年3月10日	
			合計保険料

3 申請理由

<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症要綱第2条第1項第1号による（死亡又は重篤な傷病の場合）
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症要綱第2条第1項第2号による（事業収入等の減少の場合）