第２５号様式

令和　　年　　月　　日

# 後期高齢者医療保険料減免申請書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長　あて

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

神奈川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附則第６条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料（□令和３年度□令和４年度）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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 合計保険料 | |

３　申請理由

| | |
|---|---|
| 新型コロナウイルス感染症の影響により、次の事由に該当したため。 | |
| □主たる生計維持者が死亡した | □主たる生計維持者が重篤な傷病を負った |
| □事業等の廃止または失業 | □事業収入の減少 |
| □給与収入の減少 | □その他（　　） |

**※別紙「収入状況等記入欄」へ続く**