

新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書

令和 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所

申請者氏名

印

生年月日 (明・大・昭・平)

年 月 日

電話番号

— —

宮城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3項の規定により、後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

減免対象保険料額	<input type="checkbox"/> 令和 年度	<input type="checkbox"/> 令和 年度
----------	--------------------------------	--------------------------------

保険者番号	3 9 0 4	被保険者番号	0
-------	---------	--------	---

被保険者	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 -	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日
		(電話番号 - -)		

生計維持者	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 -	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日
		(電話番号 - -)		

申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病
	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 (事業の廃止 ・ 失業 ・ 収入減少)

備考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください)	市区町村受付印	広域連合收受印
市町村確認欄	印	