　令和　 年　 月 　日

**後期高齢者医療保険料減免申請書**

北海道後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所

申請者氏名

世帯主との関係

北海道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 | 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等の影響により

　主たる生計維持者が死亡、または重篤な傷病を負ったため

　主たる生計維持者の収入が減少したため

　主たる生計維持者が事業を廃止または失業したため

４　個人情報の取扱について

　本減免申請に関して、申請に関与する者の税情報を取り扱うことに同意いたします。