

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 いの町1700番地1

申請者氏名 後期 花子

被保険者との関係 本人

高齢者の医療の確保に関する法律第111条及び高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	コウキ ハナコ		
氏名	後期 花子		
住所	いの町1700番地1		
被保険者番号	12345678	電話番号	088-821-〇〇〇〇
世帯主氏名	後期 太郎		
世帯主住所	いの町1700番地1		

## 2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
令和3年度過随期	6,700 円	5期	6,700 円
	円	6期	6,700 円
1期	7,400 円	7期	6,700 円
2期	6,700 円	8期	6,700 円
3期	6,700 円		円
4期	6,700 円		円
		合計保険料	61,000 円

## 3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等が減少し、保険料の納付が困難となったため。