（様式第42号）

令和　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

山梨県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者住所　身延町

申請者氏名　　㊞

被保険者との関係

山梨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17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	身延町		
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所	身延町		

２．保険料の額等

納　　期	減　免　額	納　　期	保　険　料
		合計保険料	

３．申請理由

新型コロナウイルスの影響により、主たる生計維持者の令和3年中の事業等収入が前年に
比べ減少する見込みであるため