

# 記入例

令和 3 年 7 月 1 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 身延町切石350

申請者氏名 身延 太郎 (印)

被保険者との関係 本人

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。

後期高齢者医療保険（75歳以上）に加入している方の氏名等

### 1. 被保険者等

氏名（カナ）	ミノブ タロウ		
氏名	身 延 太 郎		
住 所	身延町 切石350		
被保険者番号	01234567	電話番号	0556-42-4804
世帯主氏名	身 延 一 郎		
世帯主住所	身延町 切石350		

「0」から始まる8桁の数字 ※被保険者証に記載されています。

### 2. 保険料の額等

納 期	減 免 額	納 期	保 険 料
		合計保険料	

「2. 保険料の額等」の欄については、未記入の状態での提出をお願いいたします。

### 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