

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

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

被保険者との関係 _____

島根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 条第 2 項の規定により、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

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 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により、以下の事由のいずれかに該当したため。(申請者において該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため
- 2 主たる生計維持者の収入減少が見込まれるため

様式第2号

調査同意書

島根県後期高齢者医療保険料の減免決定のために必要があるときは、私、私の世帯員及び配偶者の資産及び収入の状況につき、島根県後期高齢者医療広域連合が官公庁、銀行、保険会社、信託会社、雇用主、その他の関係者に対し調査、報告を求めることに同意します。

また、調査、報告の要求に対し、私が調査、報告先に対して同意をしていることを伝えてもかまいません。

年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

住所 _____

氏名 _____