

後期高齢者医療保険料減免申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所  
申請者氏名 印  
被保険者との関係

茨城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18条第1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（※該当する次の(1)から(5)までに○を付けてください。）

- (1) 被保険者又はその属する世帯の世帯主が現に居住する住宅（賃貸の住宅は除く。）若しくは所有する家財等につき、災害により受けた損害の程度が10分の3以上であるため
- (2) 死亡又は重大な障害若しくは長期入院により、被保険者の属する世帯の世帯主の収入が10分の5以下に減少したため
- (3) 事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により、被保険者の属する世帯の世帯主の収入が10分の5以下に減少したため
- (4) 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これに類する理由により、被保険者の属する世帯の世帯主に係る農作物等の損害の程度が平年における農作物等の収入額の10分の3以上であるため
- (5) その他（ ）