

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料減免申請書（令和 年度）

（宛先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....

申請者氏名.....

被保険者との関係.....

群馬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 2 項の規定により、次のとおり減免を申請します。

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

【市町村記入欄】

申請書添付書類

☐医師による死亡診断書・診断書等（第 2 条第 1 項第 1 号該当の場合のみ添付）
☐収入申立書（第 2 条第 1 項第 2 号該当の場合のみ添付）

申請書添付書類省略 ☐第 2 条の事実を公簿等により確認