

記入例

様式 15 - a

令和2年7月3日

後期高齢者医療保険料減免申請書

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 佐野市高砂町1番地
申請者氏名 佐野太郎
被保険者との関係 本人

栃木県後期高齢者医療条例第18条第2項の規定により、必要書類を添付し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

被保険者

Table with 6 rows and 4 columns containing personal information: 氏名カナ (サノ タロウ), 氏名 (佐野 太郎), 住所 (佐野市高砂町1番地), 被保険者番号 (01234567), 電話番号 (20-3021), 世帯主氏名 (佐野 太郎), 世帯主住所 (佐野市高砂町1番地).

世帯主

2 保険料の額等

Table for insurance amounts with columns for year, payment period, and amount. Includes a large text box: 『2 保険料の額等』は記入しないでください.

3 申請理由

Form for application reasons with checkboxes for '世帯主が死亡・重篤な傷病' and '世帯主の事業収入等の減少'. Includes a note: 該当する理由に、☑を記入してください.

※証明する書類等を添付してください。