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