

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症に関する後期高齢者医療保険料減免申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

電話番号

東京都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条の規定により、
下記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 被保険者及び世帯の主たる生計維持者

(1) 被保険者

氏名カナ			
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
被保険者番号		電話番号	

(2) 世帯の主たる生計維持者

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請者との続柄		電話番号	

2 申請理由（該当する事由に✓を入れてください。）

<input type="checkbox"/> (1) 世帯の主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症により、死亡した（令和 年 月 日）。
<input type="checkbox"/> (2) 世帯の主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症により、重篤な傷病を負った。
<input type="checkbox"/> (3) 世帯の主たる生計維持者が新型コロナウイルス感染症の影響で （ <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 山林 <input type="checkbox"/> 不動産 ）収入が3/10以上減収見込み。

3 閲覧の承諾

この申請にあたり、私の世帯の区市町村税の課税資料を職員が閲覧することを承諾します。

被保険者

同世帯被保険者

同世帯被保険者

世帯の主たる生計維持者