

令和 2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 渋谷区宇田川町 1-1

申請者氏名 渋谷 花子

印

被保険者との関係 本人

電話番号 03-3463-1211

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。

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	シズヤ ハナコ		
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	15年 1月 1日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と同じの場合は <input checked="" type="checkbox"/> で構いません。	
被保険者番号	12345678	電話番号	03-3463-1211

記

減免対象の被保険者について記載します。

(2) 世帯の主たる生計維持者

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	主たる生計維持者※について記載します。	
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	渋谷 太郎	
申請者との続柄	夫	電話番号	03-3463-1211

申請理由にします。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 山林 <input checked="" 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 渋谷 花子

印

同世帯被保険者 渋谷 太郎

印

同世帯

印

世帯の主たる生計維持者

印

該当の箇所に署名します。

主たる生計維持者であり、かつ被保険者であるなどの場合は、いずれか1箇所に署名します。記入箇所が足りない場合は余白にご記入ください。

※主たる生計維持者とは、世帯の生計を維持するため生活費を主に負担している方をいい、通常は住民票上の世帯主を指します。ただし、世帯員の被保険者の収入が高い場合は、その方を主たる生計維持者とすることができます。