様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書

沖縄県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

被保険者との関係

新型コロナウイルス感染症に係る沖縄県後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

１　被保険者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 世帯主氏名 |  | | |
| 世帯主住所 |  | | |

２　保険料の額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納期 | 保険料額 | 納期 | 保険料額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 合計保険料 |  |

３　申請理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

様式第１号（第３条関係）

記入例

年　　　月　　　日

新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書

沖縄県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所　〇〇市

申請者氏名　　広域　太郎　　　　　㊞

被保険者との関係　　　　　本人

新型コロナウイルス感染症に係る沖縄県後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

同一世帯に被保険者が複数いる場合、申請書は被保険者ごとに提出してください

１　被保険者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カナ | コウイキ　タロウ | 被保険者番号 | 00123456 |
| 氏名 | 広域　太郎 | 電話番号 | 098- |
| 住所 | 〇〇市 | | |
| 世帯主氏名 | 同上 | | |
| 世帯主住所 | 同上 | | |

２　保険料の額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納期 | 保険料額 | 納期 | 保険料額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 合計保険料 |  |

３　申請理由

|  |
| --- |
| 新型コロナウイルス感染症によって主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため。 |
| 又は |
| 新型コロナウイルス感染症の影響で主たる生計維持者の給与収入が減少したため。 |
| （Ｒ２年〇月〇日～Ｒ２年〇月〇日まで勤務先が休みになった。） |