

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

大阪府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 \_\_\_\_\_

大阪府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、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

フリガナ								
氏 名								
住 所	〒 ー							
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

条例該当	1	震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、被保険者が主たる居住の用に供している住宅、被保険者の家財その他の財産について著しい損害を受けた		
	2	被保険者又は連帯納付義務者の収入が、事業の不振、休業又は廃止、失業等の理由により、著しく減少した		
	3	被保険者が、法第 89 条に規定される刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された		
	4	その他 ( )		
減免額を算定する月割の基となる期間		ヶ月	賦課対象月数	ヶ月
減免率	%	減免前保険料額	円	
減免額	円	減免後保険料額	円	

## 3 申請理由

--