

年 月 日

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	%
①減免前 保険料額		円	②減免額	円	③減免後 保険料額 (①-②)	円
医 療 分		円	医 療 分	円	医 療 分	円
子ども分		円	子ども分	円	子ども分	円

3 申請理由

--