

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

※太枠内については、必ずご記入ください。

千葉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所.....
申請者氏名.....
被保険者との関係.....

千葉県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 20 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

氏名カナ			
氏名			
住所			
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

納期	保険料額	納期	保険料額
特別徴収 10月	円	普通徴収 5期	円
特別徴収 12月	円	普通徴収 6期	円
特別徴収 2月	円	普通徴収 7期	円
普通徴収 3期	円	普通徴収 8期	円
普通徴収 4期	円	合計保険料	円

3 申請理由

令和 5 年 9 月 8 日の大雨により、床上浸水したため。

4 補填金額

保険金・損害賠償等により補填された(される)金額がある場合は、その補填金額をご記入ください。

住宅の補填金額	円	家財の補填金額	円
その他財産の補填金額	円		

※罹災証明書(写し)を必ず同封してください。