

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

申請者氏名 (印)

被保険者との関係

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。

記

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			
氏名	○申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住所	○申請者と同じ		
被保険者番号		電話番号	

(2) 世帯の主たる生計維持者

住所	○申請者と同じ		
氏名	○申請者と同じ		
申請者との続柄		電話番号	

2 申請理由 (1)・(2)のうち該当する事由を囲み必要事項を記入してください。)

(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 (令和 年 月 日) した。
- ・ 重篤な傷病を負った。

(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の影響で (給与、事業、山林、  
不動産) 収入が3/10以上減収見込み。

※ (2) の場合、別記標準様式②の「世帯の主たる生計維持者の所得・収入状況表」を添付して下さい。

3 調査の承諾

この申請にあたり、私の世帯の区市町村民税・固定資産税の課税資料 (減免申請資料) の調査がなされることを承諾します。

被保険者 (印) 同世帯被保険者 (印)

同世帯被保険者 (印) 世帯の主たる生計維持者 (印)

※ 保険料の額 (職員記入欄)

期間	保険料額
令和元年度 (2月・3月・他)	円
令和2年度	円