

令和 年 月 日

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

記載例

申請者住所 千代田区飯田橋3-5-1

申請書は被保険者1人につき1枚作成です。

申請者氏名 後期 太郎 (印)

←押印してください。(印)がなければ署名してください。

被保険者との関係 本人

名してください。

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

収入の減少により申請する場合は、世帯の主たる生計維持者について、収入の減少の事実に基づいて最初に別記標準様式②「世帯の主たる生計維持者の所得・収入状況表」で、収入の減少を判定し、⑤の4項目のうち、いずれか1項目でも30%以上の減少が算定された場合に、別記標準様式①の申請書を記入してください。

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	申請者と同一人ならば活用してください		
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
被保険者番号	87654123	電話番号	090-1234-5678

記入要

記入要

(2) 世帯の主たる生計維持者

申請者と同一人ならば活用してください

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
申請者との続柄		電話番号	

2 申請理由(1)で申請する際には「新型コロナウイルス感染症」による傷病であることが明記された証明書写しを添付してください。 ※「重篤な」状態とは1か月以上入院した場合です。

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。 =死因が「新型コロナウイルス感染症」であることが記載された死亡診断書写し添付

・重篤な傷病を負った。 =「新型コロナウイルス感染症」により1か月以上入院したことを証する診断書写し添付

(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。

令和2年中の、給与・事業(営業)・不動産・山林の各収入のうち、令和元年度の収入と比較して3/10以上減収見込みに該当するものを記入

※(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。 主たる生計維持者の氏名

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。

※上記について、申請する収入の令和元年、2年の収入の証明を添付してください(別記標準様式②に添付)

被保険者	(印)	同世帯被保険者	
同世帯被保険者	(印)	世帯の主たる生計維持者	(印)

世帯の主たる生計維持者、世帯の全ての被保険者の署名がないと申請後の審査ができませんので、もれなく署名、押印してください。

※ 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

担当職員が記入します。