

令和 ○ 年度 後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

福岡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(以下「条例」という。)第19条第2項の規定により、次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

偽りその他不正の行為によって減免の決定を取り消された場合に、滞納となった保険料があるときは、その保険料を一括して納付します。

また、減免の決定を受けた後、その理由が消滅したときには、条例第19条第3項の規定により、直ちに申告します。

1 被保険者等(申請者)

被保険者氏名	久留米 太郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
住所等	久留米市城南町15番地3 電話番号(090) 1234 - 5678										
申請者が被保険者以外の場合	氏名		住所等	【代理権の確認】 委任状・保険証・その他()							
	被保険者との関係		電話番号()	-							
当該年度賦課期日における住基上の世帯構成(又は世帯状況が分かる資料を添付すること)	氏名		続柄	年齢	加入保険						
	世帯主	久留米 太郎	本人	77	後期	国保・社保・その他()					
		久留米 花子	妻	72	後期	国保	社保・その他()				
						後期・国保・社保・その他()					
					後期・国保・社保・その他()						

2 申請理由(該当する理由の左端をチェックすること。)

【1号減免】 災害等により、財産に著しい損害を受けたので、納付が困難になった。	
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) 災害等の種類 : 火災・地震・水害・その他(令和○年○月の豪雨による災害) (2) 災害等の発生日月: 令和 ○年 ○月 ○日 (3) 損害の程度 : 当該財産の 全部・1/2以上・1/4以上 ←空欄でお願いします (4) 住宅の状況 : 持家(所有者: 本人・家族) ・ 借家 (5) 補てんの有無 : 有 ・ 無
【2~4号減免】 収入の減少により、納付が困難になった。	
<input type="checkbox"/>	(1) 収入が減少した者 : 被保険者・世帯主・他の被保険者 (2) 収入が減少した理由: 死亡疾病・不作不漁等・退職職・給与減少・休廃業・営業不振 (退職職・休廃業年月日: 令和 年 月 日) その他()
【5号減免】	
<input type="checkbox"/>	その1. 生活困窮により、生活保護を受給開始となった。 生活保護開始日: 令和 年 月 日 減免当該年度の保険料納付: 有()円 ・ 無
<input type="checkbox"/>	その2. 刑事施設等に拘禁されていた。 拘禁期間: 年 月 日 ~ 令和 年 月 日・継続中 証明書発行日 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	その3. その他()