

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 新潟県広域市高齢町 4 番地 1

申請者氏名 広域 太郎

印

(被保険者との関係 本人) (自署の場合は押印不要)

新潟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 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。

## 記

## 1. 被保険者等

フリガナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	新潟県広域市高齢町 4 番地 1		
被保険者番号	12345678	電話番号	111-222-3333
世帯主氏名	広域 太郎		
世帯主住所	新潟県広域市高齢町 4 番地 1		

## 2. 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
7 月期	28,200 円	1 月期	27,700 円
8 月期	27,700 円	2 月期	27,700 円
9 月期	27,700 円	3 月期	27,700 円
10 月期	27,700 円		
11 月期	27,700 円		
12 月期	27,700 円		
合計保険料			249,800 円

## 3. 申請理由

昨今の不景気により、株式会社 A を〇〇年〇〇月〇〇日付け、自己都合によらず退職した。
そのため、今年度については、給与所得がほとんどなく、前年中の所得を基に保険料を課せられた場合、納付が困難となることから、保険料の減免を求める。