様式第７０号（第３５条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（　被保険者　・　連帯納付義務者　）
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

埼玉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１８条第２項の規定により、下記のとおり保険料の減免を申請します。

記

1　被保険者等

フリガナ	
氏　名	
住　所	
被保険者番号	
世帯主氏名	
世帯主住所	

2　保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
		合計保険料	

3　減免を必要とする理由

(例)世帯主・広域太郎の収入が新型コロナウイルス感染症の影響により 10 分の 3 以上減少したため

「世帯の主たる生計維持者」（氏名を記入）が「新型コロナウイルス感染症により死亡した（または重篤な傷病を負った）ため」や「新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少（または廃業、休業、失業）したため」等を記入してください。