

【注意】  
消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

年 月 日

## 新型コロナウイルス感染症による後期高齢者医療保険料減免申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者住所  
申請者氏名  
被保険者との関係

茨城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1項の規定により、  
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 被保険者等

氏 名 カ ナ			
氏 名			
住 所			
被保険者番号		電 話 番 号	

## 2 対象となる保険料額

年 度	保 険 料 額
	円

## 3 申請理由（※該当する次のどちらかに○を付けてください。）

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったこと。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が著しく減少したこと。