申請年度に☑をしてください。複数可。ただし、令和３年度は令和４年３月加入者等が選択可。

□　令和３年度(令和４年３月加入者 等選択可)　　**□　令和４年度**

様式第５６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

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う次の理由により、納付が困難であるため、減免申請します。

主たる生計維持者（世帯主氏名：　　）

□　主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため（添付書類：医師の診断書等）

□　主たる生計維持者の収入が減少したため（添付書類：給与明細書、売上台帳等）

□　主たる生計維持者が事業を廃止又は失業したため（添付書類：事業廃止の申請書等）

※申請年度の保険料額が増額になった場合、増額分の減免を希望する方は再度減免申請が必要です。