様式第１号(第４条関係)

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料特別減免申請書

奈良県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話番号（　　）

新型コロナウイルス感染症の影響に係る奈良県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の特別減免に関する規則により、次のとおり関係書類を添えて保険料の特別減免を申請します。

記

1　被保険者等

（ふりがな）			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
主たる生計維持者氏名			
主たる生計維持者住所			

2　保険料の額等

令和３年度保険料額	

3　申請理由

□新型コロナウイルス感染症の影響により、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。
□新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の収入が減少したため。 （事業の廃止・失業・収入減少）

4　添付書類

【状況により次のいずれかを添付】
□主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合
・死亡診断書の写し又は重篤な傷病の場合は医師の診断書の写し
□事業収入等の減少が見込まれる場合
・確定申告書等所得の確認ができるもの（令和２年分）
・令和３年１月１日から申請日前日までの事業収入等がわかるもの（帳簿や通帳等）
□給与収入の減少が見込まれる場合
・源泉徴収票の写し又は所得証明書等（令和２年分）
・令和３年１月１日から申請日前日までの給与明細書等
□事業の廃止又は失業の場合
・税務署・保健所への休廃業届若しくは商業全部事項証明書（閉鎖事項証明書）
・雇用保険受給資格者証若しくは労働基準法に基づく退職時の証明書等
□保険金、損害賠償等により補てんされるべき金額がある場合は補てん金額を証明できるもの