

記入見本

申請者が代理人の場合、右の委任状に署名願います。

委任状

申請を委任する場合は、被保険者の署名をお願いします。

後期高齢者医療保険料の減免申請について、下欄の申請者に委任します。

被保険者氏名

世田谷 太郎

後期高齢者医療保険料減免申請書(新型コロナウイルス感染症関係 様式1)

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

令和 **4**年 **×**月 **×**日

申請者	住所	〒 154-0000 世田谷区世田谷 0-0-0 世田谷マンション 000		
	氏名	世田谷 剛		
	電話	090-1234-5678	被保険者との関係	子

東京都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	被保険者番号	12345678
氏名	世田谷 太郎	
住所	東京都世田谷区世田谷 0-0-0 世田谷マンション 000	

2 被保険者の属する世帯の主たる生計維持者（以下、世帯主といいます。）

氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	フリガナ セタガヤ タケシ
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ	
被保険者との続柄	子	

3 申請理由 次の(1)・(2)のうち該当する事由を

- (1)新型コロナウイルス感染症により、世帯主が、
ア 死亡した。(死亡日 令和 年 月 日)
イ 重篤な傷病（1か月以上の入院を要する等の著
※死亡診断書、診断書等の新型コロナウイルス感染
負ったことを証明することができる書類等の写し

申請理由が、(1)の「ア 死亡」、「イ 重篤な傷病」の場合は、(2)の減少見込みの収入の選択、収入証明書類の添付は不要です。
(収入に関わらず世帯内の被保険者の保険料が全額免除されます。)

- (2)新型コロナ感染症の影響により、世帯主の令和4年の収入のうち、
(給与・**事業**・**不動産**・山林) 収入が、令和3年に比べ3割以上減少見込みである。
※別紙様式の「世帯の主たる生計維持者の収入等状況表」及び収入状況を確認できる資料
(源泉徴収票確定申告書や給与明細、会計帳簿等の写し)を添付してください。

4種類の収入の内、令和3年に比べ、3割以上の減収が見込まれる収入に全て○してください。

住民税・固定資産税の資料等の調査がなされることを承諾します。(減免審査には世帯主と世帯内の被保険者全員の承諾が必要です。)

被保険者氏名	世田谷 太郎	世帯主氏名	世田谷 剛
同世帯被保険者氏名	世田谷 花子	同世帯被保険者氏名	

世帯主と世帯内の全ての被保険者の署名が必要です。

例 世帯主 世田谷 剛

世帯員 太郎(父・被保険者)、花子(母・被保険者)、良子(妹・被保険者でない)

この場合、剛、太郎、花子の署名が必要です。良子の署名は不要です。