

<b>委任状</b>
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。 <b>被保険者氏名</b>

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 年 月 日

<b>申請者</b>	住所	〒		
	氏名			
	電話		被保険者との関係	

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	
氏名			
住所			

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 type="checkbox"/> 申請者に同じ	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	
	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	
被保険者との続柄		

3 申請理由 次の(1)・(2)のうち該当する事由を囲み、必要事項を記入してください。

- (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しく重い症状）を負った。  
 ※死亡診断書、診断書等の新型コロナウイルス感染症により死亡した事実や重篤な傷病を負ったことを証明することができる書類等の写しを添付してください。
- (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2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（源泉徴収票や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 調査の承諾

この申請の審査にあたり、私の世帯の区市町村民税・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	世帯主氏名
同世帯被保険者氏名	同世帯被保険者氏名

--- (職員記入欄) 保険料額 -----

令和4年度	円
-------	---