

後期高齢者医療保険料延滞金減免申請書

令和 年 月 日

大阪市長 様

申請者 住 所

電話番号 ( )

氏 名

次のとおり後期高齢者医療保険料に係る延滞金の減免を申請します。

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者 氏 名			
賦課年度	相当年度	月 別	延滞金(円)
			保険料額(円)
令和 年度	令和 年度	月 ~ 月	
令和 年度	令和 年度	月 ~ 月	
令和 年度	令和 年度	月 ~ 月	
申請理由	<input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 火災		
	<input type="checkbox"/> その他の災害 ( )		
	<input type="checkbox"/> 事業の休業又は廃止 <input type="checkbox"/> 失業		
	<input type="checkbox"/> 事業の不振その他収入の減少		
	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 本人又は親族の病気又は負傷		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

(区役所記入欄)

この面には、何も記入しないでください

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

決 裁 (令和 年 月 日)	課 長	課長代理	係 長	係 長	
後期高齢者医療保険料延滞金減免申請書等に基づき調査した結果、次のとおり審査します。					

減免事由

[調査内容]

<input type="checkbox"/> 災害	<input type="checkbox"/> 災害の事実を証する書類 ( )
<input type="checkbox"/> 事業の休業又は廃止	<input type="checkbox"/> 事業の休業又は廃止の事実を証する書類 ( )
<input type="checkbox"/> 失業	<input type="checkbox"/> 失業の事実を証する書類 ( )
<input type="checkbox"/> 事業の不振その他収入の減少	<input type="checkbox"/> 保険料減免決定の事実 ( )
<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> 盗難届 ( )
<input type="checkbox"/> 本人又は親族の病気又は負傷	<input type="checkbox"/> 医療費の領収書 ( )
<input type="checkbox"/> その他 事由 ( )	<input type="checkbox"/> 事実を証する書類 ( )
減免事由の発生した年月日 年 月 日	備考

延滞金減免内訳	賦課年度	相当年度	月 別	延滞金(円)
				保険料額(円)
	令和 年度	令和 年度	月～ 月	
	令和 年度	令和 年度	月～ 月	
	令和 年度	令和 年度	月～ 月	

申請却下

決 定 理 由	
---------	--