

新型コロナウイルス感染症の影響による  
後期高齢者医療保険料減免申請に係る申立書

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
被保険者番号 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

署名  
もしくは  
記名押印

申請書に記載漏れや不明な点があった場合は、ご連絡させていただきます。  
日中に連絡がつく電話番号を必ずご記載ください。

申請理由	新型コロナウイルスの影響により <input type="checkbox"/> (1) 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った <input type="checkbox"/> (2) 主たる生計維持者の給与収入、事業収入、不動産収入又は山林収入のいずれかの減少額が前年の10分の3以上見込まれるため
上記の申請理由について、確認できる添付書類が提出できない理由	