

令和 年 月 日

令和6年能登半島地震による後期高齢者医療保険料減免申請書

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者との関係 \_\_\_\_\_

石川県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19条第1項又は第2項の規定により、次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 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			

- ・居住する住宅に損害を受けた方→2をご記入ください
- ・令和6年中に主たる生計維持者の収入減少が見込まれる方→3をご記入ください
- ・2と3どちらにも当てはまる方→2と3どちらもご記入ください。

減免額が大きくなるほうを適用します。

2 居住する住宅に損害を受けた方（り災証明書の写しの添付が必要となります。）

災害の原因	令和6年能登半島地震	り災年月日	令和6年1月1日
り災事項等	り災場所（ ） ・居宅（持家・借家・その他） ・階層（平屋建・二階層以上）		
被害区分		浸水区分	

3 世帯の主たる生計維持者の収入減少が見込まれる方

主たる生計維持者氏名を記入し、該当する番号・項目に○をつけてください

被保険者の属する世帯の主たる生計維持者氏名：	
1	令和6年能登半島地震により、主たる生計維持者が死亡・重篤な傷病を負ったため
2	令和6年能登半島地震の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入が前年の3/10以上減少する事が見込まれるため
※2に該当する方は次頁の収入状況申立書も記入してください	