

様式第2号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による主たる生計維持者の被害に関する申立書  
（ 死亡 ・ 重篤な傷病 ）

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申立人  
住所  
氏名 印  
被保険者との関係

新型コロナウイルス感染症による被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の被害の状況は、下記のとおりであり、茨城県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症による被保険者等に対する後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱第2条第1号の要件に該当することを申し立てます。

なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、後期高齢者医療保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

記

主たる生計維持者	氏名	生年月日	年 月 日
被害の状況			

注意 この申立書には、上記に記載した事実を証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等において確認することができる場合は、当該書類の添付を省略することができます。