

新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書

令和 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所

申請者氏名 (印)

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

電話番号 - -

宮城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18条第3項の規定により、後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

減免対象保険料額	<input type="checkbox"/> 令和 年度	<input type="checkbox"/> 令和 年度	
----------	--------------------------------	--------------------------------	--

保険者番号	3	9	0	4				被保険者番号	0					
-------	---	---	---	---	--	--	--	--------	---	--	--	--	--	--

被 保 険 者	氏名		申請者との関係	
		生年月日	(明・大・昭)	年 月 日
	住所	〒 - (電話番号 - -)		

生 計 維 持 者	氏名		申請者との関係	
		生年月日	(明・大・昭・平)	年 月 日
	住所	〒 - (電話番号 - -)		

申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 (事業の廃止 ・ 失業 ・ 収入減少)
------	--

備 考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">市区町村受付印</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">広域連合収受印</td> </tr> <tr> <td style="height: 80px;"></td> <td style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	市区町村受付印	広域連合収受印		
市区町村受付印	広域連合収受印				

市町村確認欄 (印)

様式第72号

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

年中の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
主たる生計維持者		減少となるもの1	減少となるもの1 ① 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ① 円	減少となるもの2 円
			減少となる収入合計 円	減少となる所得合計 ② 円
		減少となる収入以外の収入	減少となる収入以外の収入 ③ 円	減少となる所得以外の所得 ④ 円
			収入合計(①+③) ⑤ 円	所得合計(②+④) ⑥ 円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
同世帯の被保険者			円	円
合 計			⑦ 円	⑧ 円

年中の収入見込み額(主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
		減少となるもの1	減少となるもの1 ⑨ 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ⑨ 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	円	円
			収入合計 円	所得合計 ⑩ 円

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記の申立てが正しいことを証明します。また、減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告いたします。

令和 年 月 日

住 所
(居住地)

氏 名

印

収入減少による減免要件確認欄

- 事業収入等のいずれかの減少額(①-⑨)が前年の当該事業収入等の額(①)の10分の3以上。
- 前年の合計所得金額(⑥)が1,000万円以下。
- 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得額(④)が400万円以下。