様式第67号

令和元年台風第１９号による災害に係る
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　　㊞

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	■　新規	□　変更	□　取消
減免対象保険料額	■平成31（令和元）年度	□　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	□ 住宅等の損害（ 全壊 ・ 大規模半壊 ・ 半壊 ・ 床上浸水 ） □ 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 □ 主たる生計維持者の行方不明 □ 主たる生計維持者の収入減少 （ 事業の廃止 ・ 失業 ・ 収入減少 ） □ 主たる生計維持者以外の行方不明

備　考（変更・取消の場合は、その理由を記入してください）

市町村確認欄	損害の程度が床上浸水であることを確認済　㊞

市区町村受付印	広域連合収受印

様式第67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。

平成30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 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 円	減少となるもの2 円
			減少となる収入合計 ① 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

平成31（令和元）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 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 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	円	円
			収入合計 ⑨ 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。

令和　　年　　月　　日

住　所
（居住地）

氏　名　　㊞

収入減少による減免要件確認欄

☐ 事業収入等の減少額（①－⑨）が前年の事業収入等の額（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。