

令和 〇年 〇月 〇日

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 金沢市幸町12番1号申請者氏名 広域 太郎被保険者との関係 本人

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	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	金沢市幸町12番1号		
被保険者番号	01234567	電話番号	076-223-0140
世帯主氏名	広域 小次郎		
世帯主住所	同上		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
	裏面の通り		
		合計保険料	

3 申請理由 世帯の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: 広域 小次郎① 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が 死亡 ・ 重篤な傷病を負った ため

② 新型コロナウイルス感染症の影響により、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に該当する方は裏面の収入状況申立書も記入してください

収入状況申立書

令和3年中（令和2年分で令和3年度納期限の保険料減免を申請する方は令和2年中）の収入状況を記入してください。収入が複数ある場合はそれぞれ記入してください。

収入の減少が見込まれる事由	<p>①. 新型コロナウイルス感染症の影響により事業を廃止・失業したため。 令和 3年 5月 1日 事業を廃止 ・ 失業 (影響の内容について詳細を記入してください) 主に県外の取引先から仕事を受注していたが、感染症の影響で全ての取引が停止となり事業を廃止することとなった。 飲食店を経営していたが、来客者が激減したため事業を廃止することになった。など</p>				
	<p>②. その他（減少の事由や今後の見込みについて詳細を記入してください）</p>				
収入の種類	前年の収入額	うちコロナ関連 給付金・協力金等	当年の収入 (見込み) 額	うちコロナ関連 給付金・協力金等	保険金損害賠償等により 補填される金額
給与収入	円	円	円	円	円
事業収入	8,000,000 円	1,000,000 円	1,500,000 円	500,000 円	0 円
不動産収入	円	円	円	円	円
山林収入	円	円	円	円	円
その他の収入 ()	円	円	円	円	円

※以下の欄は、計算用にお使いください。

収入額集計表

月	収入金額	月	収入金額
令和 年 1月	800,000 円	令和 年 7月	0 円
令和 年 2月	400,000 円	令和 年 8月	0 円
令和 年 3月	200,000 円	令和 年 9月	0 円
令和 年 4月	100,000 円	令和 年 10月	0 円
令和 年 5月	0 円	令和 年 11月	0 円
令和 年 6月	0 円	令和 年 12月	0 円
合 計		1,500,000 円	

〈 市・町記入〉

保険料の額等

令和2年度

納 期	保険料額
期	円
期	円
合 計	円

令和3年度

納 期	保険料額	納 期	保険料額
1 期	円	7 期	円
2 期	円	8 期	円
		9 期	円
		10 期	円
5 期	円	11 期	円
6 期	円	12 期	円
合 計		円	

記入不要