

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_____④

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 | | | |
| 世帯主住所 | | | |

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：

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

主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる令和2年中の収入状況について記入してください。また、減少が見込まれる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 | 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 年 月 日 事業を廃止 ・ 失業 | | |
| | 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） | | |
| 収入の種類 | 令和元年(平成31年)中の収入額 | 令和2年中の収入見込額 | 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 |
| 事業収入 | 円 | 円 | 円 |
| 不動産収入 | 円 | 円 | 円 |
| 山林収入 | 円 | 円 | 円 |
| その他の収入 () | 円 | 円 | 円 |

※以下の欄は、計算用にお使いください。

令和2年分 収入額集計表

| 月 | 収入金額 | 月 | 収入金額 |
|--------|------|---------|------|
| 令和2年1月 | 円 | 令和2年7月 | 円 |
| 令和2年2月 | 円 | 令和2年8月 | 円 |
| 令和2年3月 | 円 | 令和2年9月 | 円 |
| 令和2年4月 | 円 | 令和2年10月 | 円 |
| 令和2年5月 | 円 | 令和2年11月 | 円 |
| 令和2年6月 | 円 | 令和2年12月 | 円 |
| 合 計 | | 円 | |

〈 市・町記入〉

保険料の額等

平成31年度

| 納 期 | 保険料額 |
|-----|------|
| 期 | 円 |
| 期 | 円 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 合 計 | 円 |

令和2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 |
| 3期 | 円 | 9期 | 円 |
| 4期 | 円 | 10期 | 円 |
| 5期 | 円 | 11期 | 円 |
| 6期 | 円 | 12期 | 円 |
| 合 計 | | 円 | |