

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 印被保険者との関係 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：

後域 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

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

〈 市・町記入〉

保険料の額等

平成31年度

納 期	保険料額
1 期	円
2 期	円
3 期	円
4 期	円
5 期	円
6 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
記入不要		9 期	円
		10 期	円
5 期	円	11 期	円
6 期	円	12 期	円
合 計		円	