様式第１号(第４条関係)

**記載例**

○○年○○月○○日

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料減免申請書（令和　年度）

**年度を忘れずに記入してください**

(宛先)群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所　　前橋市大渡町1-10-7

申請者氏名　　広域　太郎

被保険者との関係　　本人

群馬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２項の規定により、次のとおり減免を申請します。

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 | 前橋市大渡町1-10-7 | | |
| 被保険者番号 | 00000000 | 電話番号 | 000-000-0000 |
| 世帯主氏名 | 広域　花子 | | |
| 世帯主住所 | 前橋市大渡町1-10-7 | | |

２　保険料の額等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 納期 | 保険料額 | 納期 | 保険料額 |
| 10/15 | 20,000円 | **R3.4.1～R4.3.31までに納期限（年金特徴の場合は年金支払い日）が設定されている令和３年度又は令和２年度の保険料を記入してください。** |  |
| 12/15 | 20,000円 |  |  |
| 2/15 | 20,000円 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | 合計保険料 | 60,000円 |

３　申請理由

|  |
| --- |
| （例）新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入等の減少が見込まれるため。 |
|  |
|  |

【市町村記入欄】

申請書添付書類　　　□医師による死亡診断書・診断書等（第２条第１項第１号該当の場合のみ添付）

　　　　　　　　　　☑収入申立書（第２条第１項第２号該当の場合のみ添付）

申請書添付書類省略　□第２条の事実を公簿等により確認

様式第２号(第４条関係)

**第２条第１項第２号(新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少)の理由により申請する場合のみ添付してください。**

**記載例**

○○年○○月○○日

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料収入申立書

(宛先)群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所　　前橋市大渡町1-10-7

申請者氏名　　広域　太郎

被保険者との関係　　本人

私は、後期高齢者医療保険料の減免対象者の要件に該当すると見込まれるため、下記のとおり申し立てします。

なお、広域連合が下記の記載内容や属する世帯の主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者

について、公簿等の課税状況等を調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　被保険者   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 氏名カナ | コウイキ　タロウ | | | | 氏名 | 広域　太郎 | | | | 住所 | 前橋市大渡町1-10-7 | | | | 被保険者番号 | 00000000 | 電話番号 | 000-000-0000 | |

２　主たる生計維持者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名カナ | コウイキ　ハナコ |
| 氏名 | 広域　花子 |
| 住所 | 前橋市大渡町1-10-7 |
| 電話番号 | 000-000-0000 |

３　主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者の令和２年中の事業収入等

**令和２年度分の申請を行う場合は、それぞれ「令和元年中」と「令和２年中」に読み替えてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 収入の種類 | 収入金額 | 所得金額 |
| 広域　太郎 | 本人 | 年金 | 2,400,000円 | 1,200,000円 |
| 広域　花子 | 世帯主 | 営業 | 3,000,000円 | 1,500,000円 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

４　主たる生計維持者の減収が見込まれる令和３年中の事業収入等

**新型コロナウイルス感染症の影響による減収後の見込み金額を記入してください。**

**※特別定額給付金や持続化給付金は補填されるべき金額に含まれません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 収入の種類 | 収入金額 | 補填されるべき金額 |
| 広域　花子 | 世帯主 | 営業 | 1,000,000円 | 100,000円 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **以上の記載内容について、事実と相違ないことを誓約いたします。**  〈主たる生計維持者署名〉　　　　　　　　　広域　花子  〈世帯に属する被保険者署名〉　　　　　　　　　広域　太郎 |

※この申立書により知り得た情報は、この認定以外の目的では一切使用いたしません。

※この申立書に基づき収入認定を行いますが、その審査の際、公簿等により調査を行うことになります。また、申立書の記載事項について訪問調査を行い、改めてお聞きすることがありますのでご了承ください。

※この申立書の内容について虚偽の申立てをしたときは、群馬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25条の規定により、10万円以下の過料を科されることがあります。

この申立書に添付する書類

|  |
| --- |
| ・減少が見込まれる収入等の減少額が分かるものの写し(主たる生計維持者)  ・上記のうち保険金、損害賠償等により補填されるべき金額がわかるものの写し  ・前年の収入額等の分かるものの写し(主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者) |