

〇〇年〇〇月〇〇日

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		
12/15	20,000円		
2/15	20,000円		
		合計保険料	60,000円

R4. 4. 1~R5. 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4年度、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。

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

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

様式第2号(第4条関係)

〇〇年〇〇月〇〇日

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		

税務申告書類(確定申告、住民税申告等)を確認し、収入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収入金額に含まれません。

3 主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者の令和3年中の事業収入等

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
		営業	3,000,000円	1,500,000円

※令和3年度分の申請を行う場合は、それぞれ「令和2年中」と「令和3年中」に読み替えてください。

4 主たる生計維持者の減収が見込まれる令和4年中の事業収入等

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

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、補填されるべき金額(保険金、損害賠償等で補填される金額)を記入してください。
※特別定額給付金や持続化給付金は、収入、補填されるべき金額に含まれません。

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。その審査の際、公簿等により調査を行うこととなります。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)