

## 新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書 【記載例】

令和 4 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 **大崎市古川七日町1-1**

申請者氏名 **大崎 太郎**

生年月日 (明・大・昭・平) **00年 00月 00日**

電話番号 **000 - 000 - 0000**

申請者の住所・氏名・生  
年月日・電話番号の記  
載が必要です。

宮城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3項の規定により、後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
減免対象保険料額	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年度	<input type="checkbox"/> 令和 年度	
保険者番号	<b>3 9 0 4</b>	被保険者番号	<b>0</b>
被保険者	氏名	<b>大崎 一郎</b>	申請者との関係 <b>父</b>
	住所	<b>〒989-6188 大崎市古川七日町1-1</b> (電話番号 - - )	生年月日 (明・大・昭) 年 月 日
生計維持者	氏名	<b>大崎 太郎</b>	申請者との関係 <b>本人</b>
	住所	<b>〒989-6188 大崎市古川七日町1-1</b> (電話番号 - - )	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input checked="" type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 (事業の廃止・失業 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">収入減少</span> )		
備考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください)		市区町村受付印	広域連合収受印
市町村確認欄 <span style="float: right;">(印)</span>			

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

令和3年中の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額	
主たる生計維持者 大崎太郎	飲食店	減少となるもの1 営業	減少となるもの1 ①2,000,000 円	減少となるもの1 1,000,000 円	
		減少となるもの2	減少となるもの2 ① 円	減少となるもの2 円	
			減少となる収入合計	円	減少となる所得合計 ② 円
		減少となる収入以外の収入	減少となる収入以外の収入 ③ 円	減少となる所得以外の所得 ④ 円	
			収入合計(①+③) ⑤ 円	所得合計(②+④) ⑥ 円	
同世帯の被保険者 大崎一郎			円	円	
同世帯の被保険者 大崎花子			円	円	
同世帯の被保険者			円	円	
合 計			⑦ 円	⑧ 円	

令和4年中の収入見込み額(主たる生計維持者)

氏名	職業	収入の種類	収入額	所得額
大崎太郎	飲食店	減少となるもの1 営業	減少となるもの1 ⑨ 800,000 円	減少となるもの1 円
		減少となるもの2	減少となるもの2 ⑨ 円	減少となるもの2 円
		保険金・補填金等	0 円	円
			収入合計 円	所得合計 ⑩ 円

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記の申立てが正しいことを証明します。また、減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告いたします。

令和4年 月 日

住 所  
(居住地) 大崎市古川七日町1-1

氏 名 大崎 太郎

申請者の住所・氏名の  
記載が必要です。

収入減少による減免要件確認欄

- 事業収入等のいずれかの減少額(①-⑨)が前年の当該事業収入等の額(①)の10分の3以上。
- 前年の合計所得金額(⑥)が1,000万円以下。
- 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得額(④)が400万円以下。