

【別紙】新型コロナウイルス感染症に伴う後期高齢者医療保険料減免申請書 確認資料

1 減免を受けようとする者

被保険者氏名	
被保険者番号	
主たる生計維持者の氏名	
減少となる収入の種類	

注) 住民票上の世帯主、または被保険者以外の場合は非該当

例) 農業収入、営業収入、不動産収入など

2 減少となる事業収入等の前年中の実績【令和 年中】

減少となる収入の種類	収入金額	各種給付金等の額	差引収入金額	備考

… (ア)

3 減少となる事業収入等の本年中の実績及び見込み【令和 年中】

月	収入額	各種給付金等の額	備考
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
合計			

… (A)

… (B)

収入見込み合計 (A) - (B)	
----------------------	--

… (イ)

事業収入等の減少割合 (%) (イ) / (ア)	
-----------------------------	--

注) 30%未満の場合は減免非該当