

令和2年7月10日

新型コロナウイルス感染症による後期高齢者医療保険料減免申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

減免対象被保険者の家族までの範囲で申請をお願いします。

申請者住所 水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階
申請者氏名 広域 太郎 印
被保険者との関係 本人

減免に該当する年度分の記載をお願いします。

茨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1項の規定により、下記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	
住所	
被保険者番号	

令和元年度分の保険料額については、令和2年2月以降に納期限のあるものを記載してください。

2 対象となる保険料額

年 度	保 険 料 額
令和元年度	3,000円
令和2年度	46,000円
合 計	49,000円

3 申請理由（※該当する次のどちらかに○を付けてください。）

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったこと。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入が著しく減少したこと。

様式第2号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による主たる生計維持者の被害に関する申立書

（ 死亡 ・ 重篤な傷病 ）

いずれかに
○をつけてください。

令和 2 年 7 月 10 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

減免対象被保険者の家族までの
範囲で申請をお願いします。

申立人

住所 水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階

氏名 広域 太郎 印

被保険者との関係 本人

新型コロナウイルス感染症による被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の被害の状況は、下記のとおりであり、茨城県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症による被保険者等に対する後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱第2条第1号の要件に該当することを申し立てます。

なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、後期高齢者医療保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

記

主たる 生計維持者	氏名 広域 太郎 生年月日 昭和 10 年 1 月 1 日
被害の状況	(例1)・新型コロナウイルス感染症による、肺炎で死亡したため。
	(例2)・新型コロナウイルス感染症に罹患し、90日間の入院を余儀なくされたため。

詳しく記載願います。

注意 この申立書には、上記に記載した事実を証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等において確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができます。

新型コロナによると分かる診断書等

給 与 証 明 書

令和 2 年 7 月 10 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

事業所の所在地
事業所の名称
事業主（雇主）名

申請月の見込みで
お願いします。

印

次のとおり証明します。

住所				職名及び
				職務内容
氏名				
区 分	当月分見込み	前 3 か 月 分		
	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
勤務（就労）日数				
給 与 等 支 給 額	基本給			
	家族手当（人）			
	住居手当			
	時間外勤務手当			
	賞 与			
	支給額合計(ア)			
控 除 額	所 得 税			
	住 民 税			
	健 康 保 険 料			
	厚生年金保険料			
	雇 用 保 険 料			
	控除額合計(イ)			
差引支給額(ア)－(イ)				

申請月の前3か月分の記載
をお願いします。

注意 この給与証明書は、後期高齢者医療保険料減免の申請のため、茨城県後期高齢者医療広域連合長に対し、被保険者及びその家族の生活状況を申告するために必要なものです。

当月及び前3か月分の期間における全ての給与等支給額及び控除額（当月分については、見込み額とします。）について、それぞれの内訳を記入して証明してください。

様式第4号（第6条関係）

事業収入申告書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申告者の住所
事業所名・屋号
申告者の氏名

申請月の見込みで
お願いします。

印

次のとおり申告します。

事業の名称及び 事業の種類					
事業開始年月日		年 月 日			
区 分		当月分見込み	前 3 か 月 分		
		年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
総 収 入	売上金				
	賃料				
	農業収入				
	未収金等				
		収入額合計(ア)			
控 除 額	材料費				
	仕入費				
	水熱光費				
	税金				
	健康保険料				
	年金保険料				
	交通通信費				
		経費額合計(イ)			
差引収入額(ア) - (イ)					

申請月の前3か月分の記載
をお願いします。

様式第5号（第6条関係）

収入（無収入）申告書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申告者の住所

申告者の氏名

私の世帯に係る全ての収入について、次のとおり申告します。

この申告書及び添付書類の記載内容は、事実と相違ありません。

申請月の見込みで
お願いします。

申請月の前3か月分の記載
をお願いします。

1 稼 動 収 入	稼動者の氏名	収入の種類・ 職種又は勤務先	当月分の 見込額	前 3 か 月 分		
				年 月分	年 月分	年 月分
2 無 収 入	無収入者の氏名	働いていない理由		収入の内容等 1 稼動収入 給与、賃金、事業収入、内職等の収入で稼動することにより得る収入 2 無収入者 15歳以上の者で収入がない者 3 年金等収入 厚生年金、国民年金、共済年金、恩給、児童扶養手当、児童手当、雇用保険金、福祉年金、傷病手当金、労災給付金、生命保険入院給付金等 4 仕送り等収入 仕送り金、療育費、贈与等の金銭 5 財産収入 家賃、間貸代、地代、使用料、物品及び有価証券等売却収入、生命保険金及び損害保険金等（保険の解約返戻金を含む。）		
3 年 金 等 収 入	年金受給者の氏名	年金等の種類	受給額			
4 仕 送 り 等 収 入	仕送り者の氏名	申告者との関係	仕送り金額			
5 財 産 収 入	財産所有者の氏名	収入の種類	財産収入額			

様式第6号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による主たる生計維持者の収入の減少に関する申立書

令和2年7月10日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

減免対象被保険者の家族までの範囲で申請をお願いします。

申立人

住所 水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階

氏名 広域 太郎 印

被保険者との関係 本人

新型コロナウイルス感染症の被害による被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入の減少の状況は、下記のとおりであり、茨城県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症による被保険者等に対する後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱第2条第2号の要件に該当することを申し立てます。

なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、後期高齢者医療保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

記

1 収入が減少する理由

主たる生計維持者	氏名	生年月日	年	月	日
収入が減少する理由	(例1)・新型コロナウイルス感染症により、観光客が見込めなくなり休業したため、売上げが大幅に減ってしまった。				
	(例2)・新型コロナウイルス感染症により、勤務先から出勤日数を減らすように依頼があり、給与が大幅に減ってしまった。				
	(上記は例であり、なぜ減ったかの記載をお願いします。)				

詳しく記載願います。

2 収入の減少の状況

収入の種類	①前年の額	②減少することが見込まれる額	③保険金等により補填される額	④減少の割合 (②-③) / ①
事業収入	6,000,000円	4,000,000円	円	66.7%
不動産収入	円	円	円	
山林収入	円	円	円	
給与収入	円	円	円	

注意1 この申立書には、上記に記載した事実を証する書類の写しを添付してください。

2 事業若しくは業務の休廃止又は失業の場合は、公的機関に提出した廃業若しくは休業の届出書の写し又は失業を証する書類の写しを添付してください。