

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後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱

令和2年5月29日

告示第38号

(趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症（新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）附則第1条の2に規定する新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ。）により影響を受けた者に対する保険料の減免に関し、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規則（平成20年茨城県後期高齢者医療広域連合規則第1号）第29条の規定に基づき、必要な事項を定めるものとする。

(減免の要件)

第2条 広域連合長は、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者（以下「主たる生計維持者」という。）が次の各号のいずれかに該当する場合は、保険料の減免をすることができる。

- (1) 新型コロナウイルス感染症により、死亡し、又は重篤な傷病を負った場合
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という）の減少が見込まれ、かつ、次のいずれにも該当する場合  
ア 事業収入等のいずれかの減少額から当該減少額に係る保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上であること。  
イ 前年の地方税法（昭和25年法律第226号）第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第7条第1項に規定する他の所得と区分して計算される所得の金額（同法第314条の2第1項各号及び第2項の規定の適用がある場合には、その適用前の金額）の合計額（以下「合計所得金額」という。）が1,000万円以下であること。  
ウ 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下であること。

(減免の額)

第3条 被保険者又は連帯納付義務者（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第108条第2項及び第3項の規定により保険料を連帯して納付する者をいう。以下同じ。）に係る保険料の減免の額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 前条第1号に該当する場合 全部
- (2) 前条第2号に該当する場合（事業等の廃止又は失業を伴うものに限る。） 次の表1で算出した対象保険料額（次号において「対象保険料額」という。）の全部
- (3) 前条第2号に該当する場合（事業等の廃止又は失業を伴うものを除く。） 対象保険料額に、表2の主たる生計維持者の前年の合計所得金額の区分に応じた減免の割合を乗じて得た額

表1

対象保険料額＝ア×イ／ウ
ア：同一世帯に属する被保険者について算定したそれぞれの保険料額
イ：世帯の主たる生計維持者の減少することが見込まれる事業収入等に係る前年の所得額 (減少することが見込まれる事業収入等が2以上ある場合はその合計額)
ウ：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につき算定した前年の合計所得金額

表2

主たる生計維持者の 前年の合計所得金額	減免の割合
300万円以下	全部
400万円以下	10分の8
550万円以下	10分の6
750万円以下	10分の4
1,000万円以下	10分の2

2 前項の規定により算定した額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

(減免の要件が重複する場合の適用)

第4条 主たる生計維持者が第2条各号のいずれにも該当する場合は、同条第1号の規定を適用するものとする。

(減免の対象となる保険料の範囲)

第5条 減免の対象となる保険料は、令和元年度及び令和2年度に賦課された保険料（これら

の年度より前の年度において賦課すべきものを除く。)のうち、令和2年2月1日から令和3年3月31日までの間に普通徴収の納期限(特別徴収の場合にあつては、特別徴収対象年金給付の支払日をいう。)が到来するものとする。

(減免の申請)

第6条 保険料の減免を受けようとする被保険者又は連帯納付義務者は、後期高齢者医療保険料減免申請書(様式第1号)に、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める書類を添付して、令和3年3月31日までに広域連合長に申請しなければならない。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る。

(1) 第2条第1号に該当する場合 次に掲げる書類

- ア 戸籍全部事項証明書(又は戸籍謄本)等の死亡を証する書類又は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(様式第2号)
- イ 主たる生計維持者に係る給与証明書(様式第3号)、事業収入申告書(様式第4号)、収入(無収入)申告書(様式第5号)又はその他所得又は収入等を証する書類
- ウ その他広域連合長が必要と認める書類

(2) 第2条第2号に該当する場合 次に掲げる書類

- ア 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(様式第6号)、給与証明書、事業収入申告書、収入(無収入)申告書又はその他所得又は収入等を証する書類
- イ 事業等の廃止や失業の場合には公的機関への休業又は廃業の届出書の写し若しくは失業を証する書類
- ウ その他広域連合長が必要と認める書類

(減免の通知)

第7条 広域連合長は、前条の規定による申請を受理したときは、審査の上、保険料の減免を認める場合にあつては後期高齢者医療保険料減免決定通知書(様式第7号)により、認めない場合にあつては後期高齢者医療保険料減免却下通知書(様式第8号)により速やかに当該申請者に対し通知しなければならない。

2 広域連合長は、前項に規定する審査の際、必要があると認めるときは、法第137条及び第138条の規定に基づき、被保険者の属する世帯の世帯主又は市町村その他の官公署等に対し文書その他の資料の提出を求め、又は質問を行うものとする。

(減免の取消し)

第8条 広域連合長は、前条第1項の規定により保険料の減免を認める通知を受けた被保険者が、虚偽の申請その他不正の行為により保険料の減免を受けた場合には、保険料の減免の全部又は一部を取り消すものとする。

2 広域連合長は、前項の規定により保険料の減免を取り消す場合は、後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第9号）により当該被保険者又は連帯納付義務者に通知するものとする。

（補則）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和2年2月1日から適用する。

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

申請者住所  
申請者氏名 印  
被保険者との関係

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			
氏 名			
住 所			
被 保 険 者 番 号		電 話 番 号	

2 対象となる保険料額

年 度	保 険 料 額
	円
	円
合 計	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 ）

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申立人  
住所  
氏名 印  
被保険者との関係

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	生年月日	年 月 日
被害の状況			

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場合は、当該書類の添付を省略することができます。

様式第3号（第6条関係）

給 与 証 明 書

年 月 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

印

次のとおり証明します。

住所		職名及び	
氏名		職務内容	
区 分	当月分見込み	前 3 か 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(7)		
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(7)-(イ)			

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

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)					

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

印

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。

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		<b>収入の内容等</b> 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

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申立人  
住所  
氏名 印  
被保険者との関係

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					

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	円	円	円	
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。

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり決定しましたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年月日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減 免 理 由			

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に茨城県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても採決がないとき、処分の執行等による著しい損害を避ける多めの緊急の必要があるとき、又はその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

〒

住 所

電話番号

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり却下しましたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年月日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免却下理由			

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、茨城県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、又はその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

〒

住所

電話番号

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり取り消しましたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年月日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免取消理由			

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、茨城県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき、処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、又はその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

〒  
住 所  
電話番号