

後期高齢者医療保険料減免申請書

(宛先)石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所_____

申請者氏名_____

被保険者との関係_____

石川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19条第2項の規定により、次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	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
	裏面の通り		
		合計保険料	

3 申請理由 世帯の主たる生計維持者氏名を記入し、該当する番号・項目に○をつけてください

被保険者の属する世帯の主たる生計維持者氏名：

① 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が 死亡 ・ 重篤な傷病を負った ため

② 新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入が前年の3/10以上減少する事が見込まれるため ※2に該当する方は裏面の収入状況申立書も記入してください

収入状況申立書

令和4年中（令和3年分で令和4年度納期限の保険料減免を申請する方は令和3年中）
の収入状況を記入してください。収入が複数ある場合はそれぞれ記入してください。

収入の減少が見込まれる事由	① 新型コロナウイルス感染症の影響により事業を廃止・失業したため。 令和 年 月 日 事業を廃止 ・ 失業 （影響の内容について詳細を記入してください）				
	② その他（減少の事由や今後の見込みについて詳細を記入してください）				
収入の種類	前年の収入額	うちコロナ関連 給付金・協力金等	当年の収入 （見込み）額	うちコロナ関連 給付金・協力金等	保険金損害賠償等により 補填される金額
給与収入	円	円	円	円	円
事業収入	円	円	円	円	円
不動産収入	円	円	円	円	円
山林収入	円	円	円	円	円
その他の収入 （ ）	円	円	円	円	円

※以下の欄は、計算用にお使いください。

収入額集計表

月	収入金額	月	収入金額
令和 年 1 月	円	令和 年 7 月	円
令和 年 2 月	円	令和 年 8 月	円
令和 年 3 月	円	令和 年 9 月	円
令和 年 4 月	円	令和 年 10 月	円
令和 年 5 月	円	令和 年 11 月	円
令和 年 6 月	円	令和 年 12 月	円
合 計		円	

〈 市・町記入〉

保険料の額等

令和3年度

納 期	保険料額
期	円
期	円
合 計	円

令和4年度

納 期	保険料額	納 期	保険料額
1 期	円	7 期	円
2 期	円	8 期	円
3 期	円	9 期	円
4 期	円	10 期	円
5 期	円	11 期	円
6 期	円	12 期	円
合 計		円	