

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 令和6年能登半島地震により、主たる生計維持者が 死亡 ・ 重篤な傷病を負った ため

② 令和6年能登半島地震の影響により、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 年中の収入状況（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. 令和6年能登半島地震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	当年の収入 （見込み）額	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
事業収入	円	円	円
不動産収入	円	円	円
山林収入	円	円	円
その他の収入 ( )	円	円	円

※1 前年の合計所得金額が1,000万円を超える方は対象外です。

※2 前年のその所得（事業収入等に係る所得以外の所得）が400万円を超える方は対象外です。

※以下の欄は、計算用にお使いください。

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 年度                      令和 年度

納 期	保険料額	納 期	保険料額
期	円	期	円
期	円	期	円
合 計	円	合 計	円