

様式第1号（第5条関係）

令和元年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

福島県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 福島市中町8番2号

申請者氏名 広域 太郎

印

被保険者との関係 子

福島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21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	コウイキ ハナコ		
氏名	広域 花子		
住所	福島市中町8番2号		
被保険者番号	01234567	電話番号	024-528-9025
世帯主氏名	本人		
世帯主住所	同上		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
第3期	5,900		
第4期	5,900		
第5期	5,900		
第6期	5,900		
第7期	5,900		
		合計保険料	29,500

3 申請理由（該当するものにチェックを入れてください。）

<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため。（障害者となった場合も含む）
<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の行方が不明となったため。
<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかが減少することが見込まれるため。（裏面に収入状況を記入してください。）
<input checked="" type="checkbox"/> 住宅に損害を受けたため。（ <input type="checkbox"/> 全壊（長期避難世帯を含む） <input checked="" type="checkbox"/> 半壊・大規模半壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水）
<input type="checkbox"/> 被保険者本人（主たる生計維持者以外の者）の行方が不明となったため。

主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入のいずれかが減少することが見込まれる場合

収入の申立

主たる生計維持者とその世帯に属する被保険者全員の収入状況を記入してください。

また、主たる生計維持者の氏名を○で囲んでください。

・前年中の収入状況

氏名	職業	収入の種類	収入	所得※地方税法に規定する所得	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
主たる生計維持者の収入額			① 円	合計	ウ 円

・対象年の収入状況（見込額）

氏名	職業	収入の種類	収入	所得※地方税法に規定する所得	
			円	円	
			円	円	
			円	円	
主たる生計維持者の収入額			② 円	合計	円

・事業の廃止・失業の場合は該当する方を○で囲んでください。

事業の 廃止 ・ 失業

・主たる生計維持者の収入金額

前年中の事業収入等 ① _____円

申請年の事業収入等の見込額 ② _____円

保険金、損害賠償等により補てんされた額 ③ _____円

・主たる生計維持者の収入の減少割合

$$1 - (② + ③) \div ① = 1 - \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{10}$$

※減少割合が10分の3以上である場合減免の対象となる。

保険料減免予定額

ア減免対象保険料額 × イ被災により減少が見込まれる事業収入等に係る前年中の所得金額 ÷ ウ主たる生計維持者及び同一世帯に属する全ての被保険者につき算定した前年中の合計所得金額

ア _____円 × イ _____円 ÷ ウ _____円 = _____円

↑ エ 減免対象額 (小数点以下切捨)

エ × 減免割合 (※) = エ _____円 × _____ / 10 = _____円

減免予定額 (100円未満切上)

※ 減免割合は主たる生計維持者の前年中の所得に応じて異なる。