

様式第2号（第9条関係）

世帯構成及び収入見込額並びに資産の状況報告書

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申告者（被保険者） 住 所
氏 名

㊞

次のとおり申告します。

世 帯 構 成				収 入 見 込 額 等			収入減少割合	判定	資産の状況 (具体的に)	
氏 名	続柄	年 齢	職 業	申請月前6ヶ月間の実収入額	平均月額 (円)	合計額 (円)	基準生活費			
							基準生活費×1.2 医療費充当可能			
				申請月前6ヶ月間の実収入額			/	/		
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						
				申請月前6ヶ月間の実収入額						
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						
				申請月前6ヶ月間の実収入額						
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						
				申請月前6ヶ月間の実収入額						
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						
				申請月前6ヶ月間の実収入額						
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						
合 計				申請月前6ヶ月間の実収入額						可・不可
				申請月以後6ヶ月間の収入見込額						可・不可
(備考)										