

別記様式（第3条関係）

年 月 日

新型コロナウイルス感染症に伴う後期高齢者医療保険料減免申請書

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

被保険者との関係 _____

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う宮崎県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の減免の特例に関する規則第3条第1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。

1 被保険者等

カナ		被保険者番号	
氏名		電話番号	
住所			
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額

納期	保険料額	納期	保険料額
		合計保険料	

3 申請理由

申告者

世帯の主たる生計維持者の減収が見込まれる事業所得等

月別	収入の種類1		収入の種類2		収入の種類3	
		見込み		見込み		見込み
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
賞与						
減収補填						
小計		0円		0円		0円
合計	0円					

※ 令和3年中における事業収入等の見込み額を算定するにあたり、根拠とした必要資料の写し（事業収支の帳簿、給与明細書、通帳の写し など）を添付してください。

事業の廃止または失業の場合は、それぞれ確認できる書類（廃業届、雇用保険受給資格者証 など）を添付してください。

※ 保険金、損害賠償等による補填される場合は、その金額の分かるものを添付してください。

減少見込みの収入状況	
------------	--

添付書類確認欄

- 令和2年分所得状況の分かるもの（申告書、収支内訳書等の控えなど）
- 令和3年1月1日から申請日前月までの事業収入がわかるもの（帳簿や通帳など）
- 令和3年1月から申請日直近までの給与明細書など
- 事業の廃止・失業が確認できる書類

世帯の主 月別	令和2年中の月ごとの収入額を記入してください		証明等なく、収入見込みを記入した場合、チェックしてください		減少見込みの収入が2以上ある場合に記入してください	
	収入の種類1 事業収入	見込み	収入の種類2	見込み	収入の種類3	見込み
1月	600,000円					
2月	400,000円					
3月	200,000円					
4月	50,000円					
5月	100,000円					
6月	200,000円					
7月	300,000円	✓				
8月	300,000円	✓				
9月	300,000円	✓				
10月	300,000円	✓				
11月	300,000円	✓				
12月	300,000円	✓				
賞与						
減収補填						
小計	3,350,000円		0円		0円	
合計	3,350,000円					

原則として、この面（申告書）については、白紙で打ち出し、申告者本人に記入してもらってください。
ただし、記入不可の事情がある場合、聞き取りによる入力でも問題ありません。

※ 令和3年中における事業収入等の見込み額を算定するにあたり、根拠とした必要資料の写し（事業収支の帳簿、給与明細書、通帳の写し など）を添付してください。

事業の廃止または失業の場合は、それぞれ確認できる書類（廃業届、雇用保険受給資格者証 など）を添付してください。

※ 保険金、損害賠償等による補填される場合は、その金額の分かるものを添付してください。

減少見込みの収入状況	緊急事態宣言以降、収入が激減、宣言解除後も客足は思わしくなく、底からは多少戻ってきたが、例年のような売り上げは見込めない。
------------	---

添付書類確認欄

- 令和2年分所得状況の分るもの（申告書、収支内訳書等の控えなど）
- 令和3年1月1日以前申請日より前の事業収入がわかるもの（帳簿や通帳など）
- 令和3年1月からの事業収入がわかるもの（帳簿や通帳など）
- 事業の廃止・失業が確認できる書類

打ち出した後にチェックしてください
※必ずしも全てにチェックが付き必要はありません

減少した収入の現状及び見込みを記入してください