

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)											