

新型コロナウイルス感染症の影響による後期高齢者医療保険料減免に係る減収申出書

主たる生計維持者 _____ 被保険者番号 _____

(主たる生計維持者が被保険者の場合)

被保険者氏名 _____ 被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____ 被保険者番号 _____

1. 主たる生計維持者の減収が見込まれる収入について

収入の種類	令和2年中の 申請時までの直近 の収入実績額-①	令和2年中の 申請時以後の収入 見込額-②	保険金及び損害賠 償等により補填さ れる金額-③	令和2年中の 収入見込額 ①+②-③	令和元年中の収入 実績額
	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円

※対象の収入は事業収入、給与収入、不動産収入、山林収入となります。

※申請時までの直近の収入が分かるものを添付してください。(給与明細書や帳簿の写し等)

※保険金及び損害賠償等により補填される金額がある場合は保険契約書や帳簿の写しを添付してください。

2. 主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者の令和元年中の所得について

令和元年中の所得の申告等を行っていない人がいる場合は、下表に記入の上、前年分の収入等が分かるものを添付してください。(源泉徴収票、給与明細書、公的年金の源泉徴収票、収支内訳書、帳簿等の写し等)

氏名	所得の種類	令和元年中の所得額	氏名	所得の種類	令和元年中の所得額
		円			円
		円			円
		円			円
		円			円

※令和2年1月2日以降の転入者は前年分収入額の分かる確定申告書の控え等を添付してください。

3. 事業の廃止・失業について該当があれば○をしてください。

事業の廃止 ・ 失業

※該当がある場合は確認できる書類を添付してください。(廃業届や事業主の証明の写し)

収入見込及び所得の状況について上記に記載のとおりです。

また、決定要件の確認のため広域連合が必要な所得・課税情報の確認を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者の署名

㊞

※減免の決定を受けた者の資力の回復その他の事情により、減免する必要がなくなったときや、偽りその他不正の手段により減免の決定を受けたときは減免の決定を取り消すことがあります。

【具体的な要件】

- 世帯の主たる生計維持者の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上であること。
- 世帯の主たる生計維持者の前年の地方税法（昭和25年法律第226号）第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第7条第1項に規定する他の所得と区別して計算される所得の金額（地方税法第314条の2第1項各号及び第2項の規定の適用がある場合には、その適用前の金額。）の合計額（以下「合計所得金額」という。）が1,000万円以下であること。
- 世帯の主たる生計維持者の減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下であること