

第2条第1項第2号(新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少)の理由により申請する場合のみ添付してください。

記載例

様式第2号(第4条関係)

〇〇年〇〇月〇〇日

新型コロナウイルス感染症後期高齢者医療保険料収入申立書

(宛先)群馬県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....前橋市大渡町1-10-7.....

申請者氏名.....広域 太郎.....

被保険者との関係.....本人.....

私は、後期高齢者医療保険料の減免対象者の要件に該当すると見込まれるため、下記のとおり申し立てします。

なお、広域連合が下記の記載内容や属する世帯の主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者について、公簿等の課税状況等を調査することに同意します。

記

1 被保険者

氏名カナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	前橋市大渡町 1-10-7		
被保険者番号	00000000	電話番号	000-000-0000

2 主たる生計維持者

氏名カナ	コウイキ ハナコ		税務申告書類(確定申告、住民税申告等)を確認し、収入金額を記入してください。 ※特別定額給付金や持続化給付金は収入金額に含まれません。
氏名	広域 花子		
住所	前橋市大渡町 1-10-7		
電話番号	000-000-0000		

3 主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者の令和3年中の事業収入等

氏名	続柄	収入の種類	収入金額	所得金額
広域 太郎	本人	年金	2,400,000円	1,200,000円
広域 花子	世帯主	営業	3,000,000円	1,500,000円

4 主たる生計維持者の減収が見込まれる令和4年中の事業収入等

氏名	続柄	収入の種類	収入金額	補填されるべき金額
広域 花子	世帯主	営業	1,000,000円	100,000円

新型コロナウイルス感染症の影響による減収後の見込み金額、補填されるべき金額(保険金、損害賠償等で補填される金額)を記入してください。
※特別定額給付金や持続化給付金は、収入、補填されるべき金額に含まれません。

以上の記載内容について、事実と相違ないことを誓約いたします。

〈主たる生計維持者署名〉

広域 花子

〈世帯に属する被保険者署名〉

広域 太郎

※この申立書により知り得た情報は、この認定以外の目的では一切使用いたしません。

※この申立書に基づき収入認定を行います。その審査の際、公簿等により調査を行うこととなります。また、申立書の記載事項について訪問調査を行い、改めてお聞きすることがありますのでご了承ください。

※この申立書の内容について虚偽の申立てをしたときは、群馬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25条の規定により、10万円以下の過料を科されることがあります。

この申立書に添付する書類

- ・減少が見込まれる収入等の減少額が分かるものの写し(主たる生計維持者)
- ・上記のうち保険金、損害賠償等により補填されるべき金額がわかるものの写し
- ・前年の収入額等の分かるものの写し(主たる生計維持者及び世帯に属する被保険者)