

市町名	
市町管理番号	
被保険者番号	

令和3年7月15日

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 津市桜橋2丁目96番地

申請者氏名 広域 太郎

被保険者との関係 本人

電話番号 (059) 221 - 6883

三重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18条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ	コウイキ タロウ		
氏名	広域 太郎		
住所	津市桜橋2丁目96番地		
被保険者番号	12345678	電話番号	059-221-6883
世帯主氏名	同上		
世帯主住所	同上		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
令和3年4月15日	特別徴収 1期 10,000円		
令和3年6月15日	特別徴収 2期 10,000円		
令和3年8月15日	特別徴収 3期 10,000円		
令和3年10月15日	特別徴収 4期 10,000円		
令和3年12月15日	特別徴収 5期 10,000円		
令和4年2月15日	特別徴収 6期 10,000円		
		合計保険料	60,000円

3 申請理由

新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少で申請する。

詳細については、真珠養殖業を営んでいるが新型コロナウイルス感染症の影響により、観光客及び売上が減少したため。

受付	届出者(本人・代理人)	入力	広域連合処理欄
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他()		

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

令和3年7月15日

収入及び資産の調査に関する同意書

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 **津市桜橋2丁目96番地**

申請者氏名 **広域 太郎**

被保険者との関係 **本人**

電話番号 (**059**) **221** - **6883**

後期高齢者医療保険料の減免申請に伴い、私及びその属する世帯の生計を主として維持する者及び連帯納付義務者（世帯主及び配偶者）のうち、必要な者の収入若しくは資産の状況につき、保険者及び市町村が官公署若しくは年金保険者に対し資料提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは私の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

上記のとおり同意します。

令和3年7月15日 被保険者住所 **津市桜橋2丁目96番地**

被保険者氏名 **広域 太郎**

電話番号 **059-221-6883**

令和3年7月15日 生計維持者住所 **津市桜橋2丁目96番地**

生計維持者氏名 **広域 太郎**

電話番号 **059-221-6883**

被保険者との関係 **本人**

令和3年7月15日 世帯主氏名 **広域 太郎**

令和3年7月15日 配偶者氏名 **広域 花子**

受付	届出者(本人・代理人)	入力	広域連合処理欄
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()		

所得状況等に係る申出書《新型コロナ関連の保険料減免》

I 減免事由（該当する番号を○で囲んでください。）

〔三重後期〕

1	新型コロナウイルス感染症の影響により、被保険者の属する世帯の主たる生計維持者（以下「世帯主」という。）が死亡し、または重篤な傷病を負った。
2	新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯主の事業等の廃止または失業した。
③	新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯主の事業収入、不動産収入、山林収入または給与収入（以下「事業収入」という。）の減少が見込まれ、次の（ア）から（ウ）までのすべてに該当する。
	（ア）世帯主の事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害補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。
	（イ）世帯主の前年の合計所得金額が1,000万円以下である。
	（ウ）世帯主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。

II 添付書類（根拠書類）

審査判定は収入、減免額計算は所得

事由 1：世帯主が死亡したことを証する書類（死亡診断書の写し）
又は重篤な傷病の書類（医師の診断書等の写し）

事由 2：世帯主の事業等の廃止をしたことを証する書類（廃業届）
又は失業したことを証する書類（離職票等）、他に事由3と同じ書類

事由 3：世帯主について

①事業収入等の減少の場合

【令和2年分】 所得税確定申告書、住民税申告書の写し及び収支内訳書、
青色申告決算書の写し

【令和3年分】 1月から申請日前月末までの事業収入がわかる書類（帳簿や通帳等）

②給与収入の減少の場合

【令和2年分】 源泉徴収票の写し又は所得証明

【令和3年分】 1月から申請日前月末までの給与明細

③補填収入等がある場合は、それがわかる書類

世帯主以外：世帯内の後期高齢者医療制度の全被保険者の令和2年所得がわかる書類
（所得税確定申告書、住民税申告書の写し、年金振込通知書など）

III 主たる生計維持者（世帯主）に係る収入状況

令和3年収入見込（3/10以上減少分）

収入状況		令和2年	令和3年見込
事業収入等	事業収入	7,000,000	1,700,000
	不動産収入		
	山林収入		
	給与収入		
	合計	7,000,000	1,700,000
補填収入等	保険金収入	/	
	損害賠償等収入		
	その他補填収入		
	合計		

年月	事業収入
令和3年1月	300,000
令和3年2月	300,000
令和3年3月	200,000
令和3年4月	100,000
令和3年5月	100,000
令和3年6月	100,000
令和3年7月	100,000
令和3年8月	100,000
令和3年9月	100,000
令和3年10月	100,000
令和3年11月	100,000
令和3年12月	100,000
合計	1,700,000

世帯主氏名：広域 太郎

被保険者：広域 太郎（被保番：12345678）

被保険者：広域 花子（被保番：87654321）

* 両面印刷してください。