

様式

収入状況等申告書(減免用)

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

世帯内の被保険者及び主たる生計維持者の収入は、下記のとおり相違ないことを申告します。

また、下記の申告内容について確認が必要な場合には、税務部局、金融機関その他関係機関に照会をすることに同意します。

申請者氏名	
被保険者氏名	
被保険者番号	

被保険者及び主たる生計維持者の令和4年中の収入状況等(1月～12月迄の見込み)

氏名	続柄	年齢	職業または勤務先等	収入の種類	収入金額	所得金額

※全ての収入額を記載して下さい(雇用保険法に基づく給付額、遺族年金、恩給、障害手当金、共済金等も含みます)。

被保険者及び主たる生計維持者の令和3年中の収入状況等(1月～12月の実績)

氏名	続柄	年齢	職業または勤務先等	収入の種類	収入金額	所得金額

※全ての収入額を記載して下さい(雇用保険法に基づく給付額、遺族年金、恩給、障害手当金、共済金等も含みます)。

・事業の廃止・失業の場合は該当する方を○で囲んでください。

事業の廃止 ・ 失業

・主たる生計維持者の収入金額

令和3年の事業収入等 ① _____円

令和4年の事業収入等の見込額 ② _____円

保険金、損害賠償等により補てんされた額 ③ _____円

・主たる生計維持者の収入の減少割合

$1 - (②+③) \div ① = 1 - \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{10}$

※減少割合が10分の3以上である場合減免の対象となる。

保険料減免予定額

ア. 減免対象保険料額 × イ. 減少が見込まれる事業収入等に係る前年中の所得金額÷

ウ. 主たる生計維持者及び同一世帯に属する全ての被保険者につき算定した前年中の総所得金額等

ア _____円×イ _____円÷ウ _____円= _____円

↑エ. 減免対象額 (小数点以下切捨)

エ×減免割合 (※) =エ _____円 × _____/ 10 = _____円

減免予定額 (100円未満切上)

※ 減免割合は主たる生計維持者の令和3年中の所得に応じて異なる。

その他