

減免申請の状況報告書

(新型コロナウイルス感染症関連 収入減少等)

令和 年 月 日



市町村名 _____

担当者氏名 _____

連絡先 _____

新型コロナウイルス感染症に係る世帯の主たる生計維持者の

(事業の廃止 ・ 失業 ・ その他の収入減少) による減免

被保険者氏名 _____ 被保険者番号 _____

世帯主氏名 _____ 主たる生計維持者の氏名 _____

1 世帯構成

氏名	続柄	被保険者番号 (被保険者のみ)	主たる生計維持者 (該当者に○印)
	世帯主		

2 事由発生から申請に至る経緯 (世帯の主たる生計維持者の状況)

3 令和元年中の収入・所得の状況（世帯の主たる生計維持者及び被保険者）

減少 見込み	収入 ・ 所得		世帯の主たる生計 維持者の氏名	被保険者氏名	被保険者氏名	被保険者氏名				
	営業	収入	/							
		所得								
	農業	収入								
		所得								
	不動産	収入								
		所得								
	山林	収入								
		所得								
	給与	収入								
		所得								
合計所得金額							(*)			
世帯の主たる生計維持者 及び 当該世帯に属する 全ての被保険者につき算定した合計所得金額										

※収入減少が見込まれる事業収入等は「減少見込み」の欄に○を記入してください。

※世帯の主たる生計維持者の合計所得金額（*）が1,000万円以下であること。

※欄が不足する場合はこの用紙を適宜追加してください。

4 令和2年中の世帯の主たる生計維持者の収入見込み（減少が見込まれるもののみ）

	営業収入	農業収入	不動産収入	山林収入	給与収入
1月					
2月					
3月					
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
保険金等 補填額					
合計					

※令和2年の収入見込みについては、申請までの一定の期間の帳簿や給与明細書等の写しを添付してください。

※収入等には、保険金、損害賠償金等の補填金額を含めます。
（支払証明書等を添付してください）

※損害保険などの保険金等を受け取っていない場合は、その旨を記した申立書を添付してください。

※補填額には、国や都道府県、市町村から支給される各種給付金(特別定額給付金や持続化給付金等) は含めません。

5 添付書類及び補足意見（不足している添付書類があれば記載）

後期高齢者医療保険料減免申請書

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した事実の分かるものの写し

損害補填額の分かるものの写し（損害補填額の無い場合は 申立書）

確定申告書または令和元年中の収入・所得が分かるものの写し

令和2年中の収入見込み額の参考となるものの写し

その他（）

※添付書類がある場合、にチェックをお願いします。