

赤字…被保険者記入

青字…市町村担当記入・押印

別紙

保険料の減免が必要な状況に関する調書

令和××年××月××日

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 ○○市○○町○○○番地

氏名 広域 太郎

電話番号 ××××-××-××××

保険料の減免が必要な状況は次のとおりです。なお、この調書及び必要な書類の提出並びに事情の聴取については、誠実に対応することを誓約します。

世帯主及び被保険者の状況	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
	広域 太郎	世帯主	78			
支払困難となった事由		1 世帯主の死亡・重篤な傷病		② 世帯主の失業等		

【収入の状況】（今後1年間の収入の見込額）

氏名	収入の種類	収入金額	必要経費等	所得額
広域 太郎	事業収入	2,179,796	1,600,000	579,796
	老齢基礎年金	800,000		

※添付書類 収入の状況を確認できる書類

【資産の状況】


預貯金・保有株式等	省略可		
不動産			
土地			
建物			
その他の資産			
その他	品目	評価額	万円

市町村担当者確認欄



(別紙裏面)

【支出の状況】

居住の状況	<b>省略可</b>
生活費（経常経費） 以外の必要な支出	
市町村担当者確認欄 	

申請事由別記載欄

1 生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った場合

死亡	死亡者名		死亡の日	年 月 日
重篤な傷病	傷病の内容		入院期間 治療費用	年 月～ 月 カ月 円

※添付書類：診断書等

2 主たる生計維持者の事業収入等の減少

事業休廃止	事業等の内容	××××××××	休廃止日	××年××月××日
事業等損害	損害の内容		損害額等	
失業	勤務していた会社 (退職事由)	( )	失業の日	年 月 日
			退職金	有 ( 万円) 無

※添付書類：事業廃止届・離職票等、損害内容・世帯の収入が確認できる書類

市町村公簿により 確認した事項		市町村担当者 確認欄	
--------------------	--	---------------	---

