

赤字…被保険者記入・押印
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 ××××-××-××××

印

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	保有者氏名	資産種類	金融機関・会社名	金額
不動産	土地	省略可		円
				円
その他の資産	建物	省略可		円
				円

市町村担当者確認欄

印

(別紙裏面)

【支出の状況】

居住の状況	省 略 可
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	年 月～ カ月
			治療費用	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	
--------------------	--	---------------	---