

# 新型コロナウイルス感染症の影響に伴う保険料減免申請書 (国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療制度用)

受付印

小樽市長

あて

令和 4 年 6 月 20 日

北海道後期高齢者医療広域連合長

申請者	フリガナ	オタル タロウ	電話番号	自宅・勤務先等		
	氏名	小樽 太郎		0134	32	4111
	住所	小樽市花園2丁目12番1号		携帯電話	000	1234

令和4年度における(国民健康保険保険料・介護保険料・後期高齢者医療保険料)について、次の理由により減免を申請いたします。

## 申請理由

(該当する番号に○を記入してください。)

該当するものに○

1 新型コロナウイルス感染症に感染したことにより、主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負ったため  
※診断書等のコピーを添付してください。

2 新型コロナウイルス感染症の影響により主たる生計維持者の収入が減少したため(見込みも含む)  
(業種) 飲食業・不動産賃貸業 (会社名・屋号) ●●食堂・アパート▲▲

## 世帯構成員

(中学生以下の方の記載は不要です。)

世帯主	フリガナ	オタル タロウ	生年月日	大 昭 平 41 年 4 月 1 日
	氏名	小樽 太郎		
	住所	小樽市花園2丁目12番1号		
世帯員	氏名	小樽 花子	生年月日	大 昭 平 43 年 5 月 1 日
	氏名	小樽 福郎	生年月日	大 昭 平 16 年 6 月 1 日
	氏名	小樽 ウメ	生年月日	大 昭 平 19 年 7 月 1 日
	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日

## 保険番号

国民健康保険

0123456

他の健康保険(社会保険や建設国保・医師国保など)に加入されていない方が対象です。

介護保険

① 0000112233

② 0000445566

③

④

65歳以上の方が対象です。

後期高齢者  
医療制度

① 77889900

② 88990011

75歳以上の方または  
65歳以上の一定の障がいがある方が対象です。

引継印

新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者が失業・廃業された場合は、右のチェック欄にチェックしてください。また、失業や廃業を確認できる書類(離職票、退職証明、廃業届など)を併せて提出してください。(主たる生計維持者については、裏面をご確認ください。)

チェック欄

申請書は裏面につづきます。  
※必ず裏面もご記入ください。

# 主たる生計維持者の収入について

小樽市使用欄

(申請書裏面)

## ● 主たる生計維持者について

主たる生計維持者は、基本的には世帯主となりますが、世帯主より所得が多い世帯員が申請するときは、その方の収入等を御記入ください。

(円・%)

減少した収入に☑	☑事業収入	□給与収入	☑不動産収入	□山林収入
(ア) 令和3年収入額	<b>1,200,000</b>		<b>980,000</b>	
(イ) 令和4年収入額	<b>756,000</b>		<b>960,000</b>	
1月～( <b>5</b> )月 実績	<b>360,000</b>		<b>480,000</b>	
( <b>6</b> )月～12月 見込	<b>396,000</b>		<b>480,000</b>	
(ウ) 減収額：(ア)－(イ)	<b>444,000</b>		<b>20,000</b>	
(エ) 減収率：(ウ)/(ア)×100	<b>37.00</b>		<b>2.04</b>	

※国、都道府県及び市町村から支給される各種給付金(持続化給付金等)は、事業収入等を含めません。

## ● 収入の記載と添付書類について

上表の(ア)令和3年収入額、(イ)令和4年収入額は、次に記載したものなどからそれぞれ転記してください。また転記元の資料のコピーを添付して申請してください。

給与	源泉徴収票の「支払金額」欄の金額、または確定申告書の「収入金額等」の「給与」欄の額、給与支給明細書の支給額(通勤手当等は除く)
事業 不動産 山林	確定申告書の「収入金額等」の「事業」、「不動産」、「山林」欄の金額(各種給付金を除く)、月別決算書(月次試算表)や帳簿記載の売上金額

# 保険料の還付先

## 世帯主名義の口座

### ● 私の保険料還付金について、私名義の口座に振り込んでください。

(すでに還付指定口座として登録されている場合は、登録済み口座へ還付いたします。)

フリガナ	オタル タロウ													
口座名義	小樽 太郎													
金融機関名	●●●●	銀行 金庫 組合	本店営業部					本店 支店 出張所	金融機関 コード	▲▲▲▲				
預金種別 (○で囲む)	普通	当座	口座番号 (右つめ記入)	9	8	7	6	5	4	3	店番号	001		
ゆうちょ銀行への振り込みを希望される場合は、以下の欄に御記入ください。														
記号	1	9	8	7	6	口座番号 (右つめ記入)	5	4	3	2	1	1	1	1

※口座名義は通帳の表示どおりに御記入ください。  
(金融機関コード・店番号が不明の場合は記載不要です)

- 申請書類等に不備、不足がある場合、追加の資料の提出をお願いすることがあります。
- 還付がある場合は後日、書面等でお知らせいたします。未納保険料がある場合、還付せずに未納保険料へ充当処理を行うことがあります。
- 介護・後期高齢者医療において、世帯員に還付が発生したときは、後日書面等で御連絡いたします。
- 減免額決定後に、新たに加入や脱退があった場合や、所得の変更等があった場合は、減免金額等が変更になることがあります。
- 虚偽の申請があったと判明した場合は、減免を取消します。