

様式第6号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症の影響による主たる生計維持者の収入の減少に関する申立書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申立人
住所
氏名 印
被保険者との関係

新型コロナウイルス感染症の被害による被保険者の属する世帯の主たる生計維持者の収入の減少の状況は、下記のとおりであり、茨城県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症による被保険者等に対する後期高齢者医療保険料の減免に関する取扱要綱第2条第2号の要件に該当することを申し立てます。

なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、後期高齢者医療保険料の減免の決定を取り消されても異議はありません。

記

1 収入が減少する理由

主たる生計維持者	氏名	生年月日	年	月	日
収入が減少する理由					

2 収入の減少の状況

収入の種類	①前年の額	②減少することが見込まれる額	③保険金等により補填される額	④減少の割合 (②-③) / ①
事業収入	円	円	円	
不動産収入	円	円	円	
山林収入	円	円	円	
給与収入	円	円	円	

注意 1 この申立書には、上記に記載した事実を証する書類の写しを添付してください。

2 事業若しくは業務の休廃止又は失業の場合は、公的機関に提出した廃業若しくは休業の届出書の写し又は失業を証する書類の写しを添付してください。