

後期高齢者医療保険料減免の特例措置に係る収入等に関する申告書

令和 年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者住所 _____

氏名 _____

私の世帯の収入状況等は、下記の内容のとおり相違ありません。また、この内容に変更が生じたときは、速やかに申し出ます。

収入状況等

1. 主たる生計維持者に係る事業等の廃止・失業の状況

・該当する方を○で囲んでください。

事業の廃止	失業	減収
-------	----	----

[添付書類] ・事業の廃止の場合=税務署に提出する廃業届、異動届の控え等の公的書類
・失業の場合=雇用保険の受給資格者証、事業主等による証明書
・減収の場合=確定申告書の写し・源泉徴収票の写し等、同意書、令和4年の収入が確認できる書類

2. 収入減少の状況

(1) 令和3年中の収入状況(主たる生計維持者と被保険者の状況)

主たる生計維持者とその世帯に属する被保険者全員の収入状況を記入してください。

	氏名	職業	収入の種類	収入金額	総所得金額等※
主たる生計維持者				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
合計					円

※=地方税法に規定する所得

(2) 令和4年の減少することが見込まれる事業収入等の見込額(主たる生計維持者分)

区分		令和3年収入額(a)	令和3年所得額	令和4年の収入見込額(b)	減少額(c) (a)-(b)
事業収入等金額	事業				
	営業等	円	円	円	円
	農業	円	円	円	円
	不動産	円	円	円	円
	給与	円	円	円	円
	山林	円	円	円	円
合計		円	円	円	円

(3) 保険金、損害賠償等により補てんされた額

[添付書類] ・帳簿、保険契約書の写し等

_____ 円