

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)

令和 年 月 日

大雪地区広域連合長

あて

北海道後期高齢者医療広域連合長

住所

申請者

(世帯主)

氏名

印

電話番号

※携帯番号の場合は誰の携帯かわかるように記載してください。

新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年中の収入が減収する見込みのため、令和元年度(令和2・3月分)及び令和2年度に係る保険料について、下記のとおり保険料の減免を申請します。

また、申請世帯の課税資料について閲覧することに同意するとともに、記入した収入金額及び所得金額が、町税の申告額と差異があった場合は、改めて町税の申告額により申請したものとして取り扱うことに同意します。

【表の太枠内を記入してください。】

保険番号等 申請する保険の種類に○をつけ、介護保険及び後期後期者医療制度においては氏名・被保険者番号も記載してください

国民健康保険	記号	番号
介護保険	① 氏名	番号
	③ 氏名	番号
後期高齢者医療制度	① 氏名	番号
	③ 氏名	番号

減免申請理由	① <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者等が死亡し又は重篤な傷病を負ったため。
	② <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者等の事業収入等の減少が見込まれるため。 ※事業収入等は、給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入のことです。 (条件) <ul style="list-style-type: none">事業収入等のいずれかが、令和元年中に比べて3割以上減少する見込みである。令和元年中の合計所得が1,000万円以下である。(介護保険は除く)減少する見込みの事業収入等に係る所得以外の令和元年所得合計額が400万円以下である。 添付書類：①の場合は死亡診断書又は医師の診断書等の写し ②の場合は別紙「保険料減免に伴う事業収入等申告書」

主たる生計維持者の状況	主たる生計維持者が事業等を廃止した場合や失業した場合は、記入してください。
	事業等の廃止又は失業の時期 令和 年 月 日 雇用保険受給資格者証 あり・なし ★添付書類：事業廃止の場合は廃業届、失業の場合は解雇通知書、雇用保険受給資格者証等の写し ※ 被保険者が失業した場合で雇用保険受給資格者証の離職理由コードが「11」、「12」、「21」～「23」、「31」～「34」のときは、国民健康保険のみ、この減免の対象にはならず、別の軽減制度の対象になります。

備考	広域処理	広域審査	町確認	受付
----	------	------	-----	----

■還付口座の指定：国保・介護・後期高齢者医療に還付金が発生する場合で、申請者本人の口座に還付する場合

保険料の還付先	世帯主名義の口座
---------	----------

- 私の保険料に還付金が発生した場合、下記の私名義の口座に振り込んでください。
 ※すでに口座振替でお支払いいただいている場合は登録済み口座へ還付しますので記載不要です。

フリガナ															
口座名義															
													※口座名義は通帳の表示の どおりにご記入ください。		
金融機関名					銀行 金庫 組合 農協					本店 支店 出張所	金融機関 コード				
預金種別	普通・当座	口座番号 (右づめ記入)										店番号			
※ゆうちょ銀行口座への振り込みをご希望で店名（3桁の漢数字）が不明の方は下欄に右づめでご記入願います。															
記号						口座番号 (右づめ記入)									

■還付口座の指定：国保・介護・後期高齢者医療に還付金が発生する場合で、申請者本人以外の口座に還付する場合

保険料の還付先	世帯主 <u>以外</u> の名義の口座
---------	----------------------

- 私の保険料に還付金が発生した場合、債権受取を下記の口座名義の者に委任します。
 委任者署名・印 _____ 印
- 申請者の保険料の還付金の受け取りについて受任します。
 受任者署名・印 _____ 印

フリガナ															
口座名義															
													※口座名義は通帳の表示の どおりにご記入ください。		
金融機関名					銀行 金庫 組合 農協					本店 支店 出張所	金融機関 コード				
預金種別	普通・当座	口座番号 (右づめ記入)										店番号			
※ゆうちょ銀行口座への振り込みをご希望で店名（3桁の漢数字）が不明の方は下欄に右づめでご記入願います。															
記号						口座番号 (右づめ記入)									

- 納付済保険料から還付金が出る場合は後日広域連合から書面等で別途お知らせいたします。
- 介護保険・後期高齢者医療制度において、申請者以外の世帯員に還付が発生したときは、債権者が異なることから後日広域連合から別の通知をお知らせいたします。
- 年金からの天引きが即時で止まらない場合がありますが過納となった保険料は還付します。

保険料減免に伴う事業収入等申告書

主たる生計
維持者等

1 主たる生計維持者の収入実績と見込額

減少した 収入の種類	令和元年収入額① (1月から12月)	令和2年(1月から12月)		減少割合 (①-②-③)/①
		収入見込額②※1	補填される額③※2 (保険金・損害賠償等)	
給与収入	円	円	円	
事業収入	円	円	円	
不動産収入	円	円	円	
山林収入	円	円	円	

※1 申請時点の収入見込額を記入してください。

※2 保険金、損害賠償金等で補填される金額がある場合は記入してください。なお、国や道、町から支給される各種給付金（特別定額給付金や持続化給付金等）は含まれません。

2 添付書類

1の表に記入した金額が確認できる書類

(1) 令和元年収入額①

■給与収入以外は、令和元年分確定申告書第一表(控)、収支内訳書等の収入合計金額がわかる書類の写し。■給与収入の場合は、原則添付書類は必要ありません。

※令和2年1月2日以降に本町に転入された方は、給与収入が確認できる書類も添付してください。

(2) 令和2年の収入見込額②

収入見込額を算出するに当たり根拠とした資料の写し（■給与収入であれば、申請日直近までの任意の月の給与明細書、■給与収入以外は申請日直近までの任意の月の帳簿、通帳等で収入減少が確認できるもの）