

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	(大正・昭和) 年 月 日
	住所	
傷病名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
減免等種類		減額・免除・徴収猶予
申請の理由		

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の(減額・免除・徴収猶予)を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名

収入等申告書

年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者
(被保険者) 住 所
氏 名
電話番号

生活が困難となった理由	
困難な理由が生じたとき	年 月 日
世帯の主たる生計維持者	世帯の生活を経済的に一番支えている人を記入して下さい。

※添付書類：災害による場合は、り災証明書等災害の程度を証明するもの

私の世帯に係るすべての収入・資産等について、次のとおり申告します。

1 家族構成 及び 住居の状況 (申請時点での状況)

氏 名	続柄	年齢	職 業	住居の状況		
	世帯主			1 自家	築年数	年
					延床面積	m ²
					(坪)
				2 借家	家賃 月	円
				3 借間	間代 月	円

2 資産の状況 (申請時点での状況)

宅地	田	畑	自動車	その他
m ²	m ²	m ²	台	
(坪)	(坪)	(坪)		

3 稼働収入 (生活困難となる理由が生じたときから今後1年間の見込み)

働いて得る給与・賃金・手当・内職・営業収入や農業収入等の事業収入について記入してください。

氏名	収入の種類	収入見込額 (月額)	備考
		円	
		円	
		円	

※添付書類：給与や賃金収入がある場合には給与証明書(様式イ)、事業収入がある場合には事業収入申告書(様式)

4 年金等収入 (申請時点での状況)

厚生年金、国民年金、共済年金、障害年金、遺族年金、恩給等の年金収入について記入してください。

受給者の氏名	年金種類	金額 (月額)	備考
		円	
		円	
		円	

※添付書類：年金証書又は振込通知書若しくは源泉徴収票の写し

5 保険や手当、退職金等の収入 (生活困難となる理由が生じたときから今後1年間の見込み)
 労災給付金、雇用保険金、児童手当等の各種手当、退職金等について記入してください。

受給者の氏名	種類	金額 (月額)	備考
		円	
		円	
		円	

6 仕送り、援助等の収入 (生活困難となる理由が生じたときから今後1年間の見込み)
 仕送り、養育費、贈与金等について記入してください。

仕送り、援助者について		世帯主との 続柄又は関係	金額 (月額)
氏名	住所		
			円
			円
			円

7 財産収入 (生活困難となる理由が生じたときから今後1年間の見込み)
 家賃収入、地代、使用料、有価証券等の売却収入、生命保険給付金、損害保険給付金等

相手方の氏名	収入の種類	金額 (月額)	備考
		円	
		円	
		円	

8 預貯金の状況 (申請時点での状況)

口座名義人 氏名	金融機関名	口座種類	預貯金残高
			円
			円
			円

※添付書類：預貯金通帳の写し

9 生命保険、損害保険等の加入状況 (申請時点での状況)

保険会社名	保険の種類	契約者名	掛金 (月額)
			円
			円
			円

※添付書類：保険証書の写し

10 前年の収入状況

生活困難の理由が生じたときの、過去1年の収入について記入してください。

氏名	収入の種類	収入額 (年額)	所得額 (年額)
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

申告内容に誤りがあった場合は、減免又は徴収猶予の適用を取り消すことがあります。

給与証明書

年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

雇用主 所在地
事業主氏名
電話番号

次のとおり証明します。

住 所		職 名		
氏 名		職務内容		
区 分		当月分見込み	前3か月分	
		月分	月分	月分
勤務(就労)日数		日	日	日
支 払 額	基 本 給			
	家 族 手 当 (人)			
	住 居 手 当			
	時 間 外 手 当			
	賞 与			
	小計 (ア)			
控 除 額	所 得 税			
	住 民 税			
	健 康 保 険 料 (税)			
	厚 生 年 金 保 険 料			
	失 業 保 険			
	労 働 組 合 費			
	小計 (イ)			
差引支給額 (ア) - (イ)				

(注)

この証明書は、後期高齢者医療一部負担金の減額又は免除の申請のため、宮城県後期高齢者医療広域連合長に対し、被保険者が生活状況の申告をする場合に必要なものです。
当月及び前3か月分の期間における全ての支払額及び控除額（当月分は見込額）について、それぞれ内訳を明らかにして記入してください。

様式ウ

事業収入申告書

年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申告者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり申告します。

事業の名称 及び事業の種類		前3か月分			
		当月分見込み	前3か月分		
区 分		月分	月分	月分	月分
総 収 入	売 上 金				
	賃 料 損 料				
	農 業 収 入				
	未 収 金 分				
		小計 (ア)			
必 要 経 費	材 料 費				
	仕 入 れ 費				
	光 熱 水 費				
	税 金				
	健 康 保 険 料				
	交 通 通 信 費				
		小計 (イ)			
差引 (ア) - (イ)					

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者
(被保険者) 住 所
氏 名
電話番号

同 意 書

私は、後期高齢者医療一部負担金の減免及び徴収猶予の申請に伴い、必要があるときは、私及び私の世帯員の収入若しくは資産の状況につき、保険者が郵便局その他の官公署に対し必要な資料提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは私の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

被保険者氏名

世帯主氏名

世帯員氏名

世帯員氏名

世帯員氏名

世帯員氏名

世帯員氏名

医師の意見書

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
傷 病 名			
症 状			
緊急治療の必要性			
治療手段及び入院の必要性			
治療期間	入院	おおむね	年 月 日 か月
	通院	おおむね	年 月 日 か月
医療費見込額 (月 額)	円		
医療機関の所在地 及び名称			
年 月 日			
主治医の氏名			

【添付資料】

- 1 収入等申告書（様式ア）・・・必須（申請書中に記載されている添付書類も添付）
- 2 給与証明書（様式イ）・・・給与収入等がある場合（様式ア、3稼動収入による）
- 3 事業収入申告書（様式ウ）・・・事業収入等がある場合（様式ア、3稼動収入による）
- 4 同意書（様式エ）・・・必須
- 5 り災している場合・・・り災証明書又は盗難証明書など
- 6 世帯主が死亡の場合・・・死亡を証明する書類
- 7 世帯主が心身に重大な障害を受けた場合・・・身体障害者手帳、医師の診断書など
- 8 世帯主が長期間入院した場合・・・入院を証明する書類、医師の意見書（様式オ）
- 9 事業等の休廃止の場合・・・破産証明書、廃業証明書、その他損失を証明する書類など
- 10 失業の場合・・・雇用保険受給証書の写し、退職証明書など
- 11 一部負担金を負担することにより生活保護の生活水準を下回ってしまうことを証明する書類・・・境界層該当証明書など