

令和 年 月 日

令和6年能登半島地震による後期高齢者医療保険料減免申請書

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

被保険者との関係 _____

石川県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第19条第1項又は第2項の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			

- ・居住する住宅に損害を受けた方→2をご記入ください
- ・令和6年中に主たる生計維持者の収入減少が見込まれる方→3をご記入ください
- ・2と3どちらにも当てはまる方→2と3どちらもご記入ください。

減免額が大きくなるほうを適用します。

2 居住する住宅に損害を受けた方（り災証明書の写しの添付が必要となります。）

災害の原因	令和6年能登半島地震	り災年月日	令和6年1月1日
り災事項等	り災場所（ ） ・居宅（持家・借家・その他） ・階層（平屋建・二階層以上）		
被害区分		浸水区分	

3 世帯の主たる生計維持者の収入減少が見込まれる方

主たる生計維持者氏名を記入し、該当する番号・項目に○をつけてください

被保険者の属する世帯の主たる生計維持者氏名：	
1	令和6年能登半島地震により、主たる生計維持者が死亡・重篤な傷病を負ったため
2	令和6年能登半島地震の影響により、世帯の主たる生計維持者の収入が前年の3/10以上減少する事が見込まれるため
※2に該当する方は次頁の収入状況申立書も記入してください	

収入状況申立書

令和6年分の収入状況（収入が複数ある場合はそれぞれ記入してください。）

収入の減少が見込まれる事由	① 令和6年能登半島地震の影響により事業を廃止・失業したため。 令和 年 月 日 事業を廃止 ・ 失業 （影響の内容について詳細を記入してください）		
	② その他（減少の事由や今後の見込みについて詳細を記入してください）		
収入の種類	前年の収入額	当年の収入 （見込み）額	保険金損害賠償等により補填される金額
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
その他の収入 ()	円	円	円

※1 前年の合計所得金額が1,000万円を超える方は対象外です。

※2 前年のその他所得（事業収入等に係る所得以外の所得）が400万円を超える方は対象外です。

※以下の欄は、計算用にお使いください。

月	収入金額	月	収入金額
令和 年 1月	円	令和 年 7月	円
令和 年 2月	円	令和 年 8月	円
令和 年 3月	円	令和 年 9月	円
令和 年 4月	円	令和 年 10月	円
令和 年 5月	円	令和 年 11月	円
令和 年 6月	円	令和 年 12月	円
合 計		円	

対象となる保険料の額等（不明な場合は記入不要）

令和 年度		令和 年度	
納 期	保険料額	納 期	保険料額
期	円	期	円
期	円	期	円
期	円	期	
期	円	期	
期	円	期	
期	円	期	
合 計	円	合 計	円

対象となる保険料について、申請書記入時点では、未確定な場合がございます。そのため、ご不明な場合は、記入不要です。**広域連合で記入いたしますので、記入すべき項目がわからない場合は、空欄のままご提出ください。**