

【別紙2】

東日本大震災後期高齢者医療保険料減免収入減少確認書

被保険者番号			
被保険者氏名			
主たる生計維持者の氏名			
事業廃止、失業の有無		有	該当する項目の欄に、○印を記載してください。
		無	

				平成22年(A)	平成23年の見込額(B)	補てんされる額(C)	減少額(D) =(A)-(B)-(C)
収入金額等	事業	営業等	㍿				
		農業	㊀				
	不動産		㊁				
	給与		㊂				
	山林		㊃				
	雑	年金	㊄				
		その他	㊅				
所得金額	事業	営業等	①				
		農業	②				
	不動産		③				
	給与		④				
	山林		⑤				
	雑		⑥				
	総合譲渡・一時		⑦				
	その他(譲渡所得等)		⑧				
合計			⑨				

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

上記の内容については、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。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

※ ⑧欄は、分離課税申告の所得額(山林所得を除く。)を記載してください。

※ 上記の記載内容に変更が生じたときは、減免した保険料額を後から請求する場合があります。