

様式第 9 号（第 9 関係）

後期高齢者医療保険料徴収猶予・減免調査書											
被保険者番号				住 所				氏 名			
納入通知書番号											
家族の状況	続柄	氏名	年齢	職業・勤務先	今後の所得見込額		前年所得額				
	世帯主										
						合 計	円	円			
世帯の生活状況（1ヶ月の支出の内訳）		生活費		住居の状況		自家	借地料（月）円 家賃（月）円				
		医療費				借地					
		返済金				借家					
		その他		資産等保有状況			不動産		預貯金		
		合 計	円				有 ・ 無		有 ・ 無		
不動産内訳	土地	合計 m ² (地目別筆毎面積添付)			預貯金内訳	合計 円 (金融機関毎、預貯金残高添付)					
	家屋	合計 m ² (用途・構造・棟別面積添付)									
当該保険料の納付状況			年間保険料額		既納付済額		納期未到来保険料額				
			円		円		円				
徴収猶予・減免を必要とする事由	事情発生日			年 月 日							
	災害等	被害直前の価額①	損害額②	保険金等で補填された価額③	差引損害額④ = (② - ③)	損害率⑤ = ④ / ①					
		円	円	円	円	%					
		平年の収入額⑥	収入見込額⑦	保険金等で補填された価額⑧	減収損失額⑨ = (⑥ - ⑦ - ⑧)	減収率⑩ = ⑨ / ⑥					
		円	円	円	円	%					
		前年中の合計所得金額に占める農林漁業所得金額の割合 %									
	所得減少等	前年の所得額⑪	所得見込額⑫	雇用保険等給付額⑬	所得減少額⑭ = (⑪ - ⑫ - ⑬)	減少率⑮ = ⑭ / ⑪					
		円	円	円	円	%					
	事情回復見込		有 (年 月頃)			無					
	就労見込		有 (年 月頃)			無					
上記のとおり後期高齢者医療保険料の徴収猶予・減免調査書を提出し、申し出た内容について調査することに同意します。											
令和 7 年 月 日											
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様											
申請者住所											
氏名											
電話番号											
印											