

(後期高齢者医療保険用)

新型コロナウイルス感染症の影響による事業収入等の状況申告書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

新型コロナウイルス感染症により収入等に影響がありましたので、以下のとおり申告します。申告内容に相違ありません。

申請者(被保険者)氏名 広域 花子

世帯主氏名 広域 花子

1. 世帯主の収入の種類ごとの年間収入・所得

(1) 令和 〇 年の収入・所得実績

※国や都道府県からの各種給付金の受給額は収入額には含まれません。

※各収入が前年から10分の3以上減少しても、前年の所得が無い場合は減免対象となりません。

収入の種類	事業	不動産	山林	給与	
収入額(年額)	5,000,000円	円	円	円	(A)
所得額(年額)	3,500,000円	円	円	円	

(2) 令和 〇 年の収入

※根拠となる資料(確定申告書・帳簿・給与明細等)の写しを添付してください。

収入の種類		事業	不動産	山林	給与	
収入額 (月額)	1月 確定・見込	300,000円	円	円	円	
	2月 確定・見込	300,000円	円	円	円	
	3月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	4月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	5月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	6月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	7月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	8月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	9月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	10月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	11月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
	12月 確定・見込	240,000円	円	円	円	
収入額 (年額)	各月の合計	3,000,000円	円	円	円	(B)
上記収入への補てんがある場合の見込額 (保険金、損害賠償等)		0円	円	円	円	(C)

減少率(A-B-C)/A	40%	%	%	%
--------------	-----	---	---	---

2. 還付先口座

保険料の減免により還付金が発生した場合の振込先口座(被保険者名義)を記入してください。

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店	種 目	(普通 ・ 当座)
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	名義人(※)	コウイキ ハナコ 広域 花子		

※被保険者名義以外の方が還付金を受け取る場合は、委任状が必要です。