

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 借家	借地料（月）		円		
		医療費				家賃（月）		円			
		返済金									
		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 （地目別筆毎面積添付）			m ²	預 貯 金 内 訳	合計 円 （金融機関毎、預貯金残高添付）				
	家 屋	合計 （用途・構造・棟別面積添付）			m ²						
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 年 月 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									
	詳細付表 1	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。 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		印				
					電話番号						

様式第 9 号付表 1

被害状況	罹災の概況						
	物件の所在地						
	区 分	被害直前の価額①	損害額②	保険金等の補填額③	差引損害額④ = (② - ③)	損害率⑤ = ④ / ①	
	住 宅						
	家 財						
	その他の財産						
	合 計	円	円	円	円	%	
農林漁業生産物被害	被害の概況						
	作物等の名称	耕作面積	平年の収入額⑥	収入見込額⑦	保険金等の補填額⑧	減収損失額⑨ = (⑥ - ⑦ - ⑧)	減収率⑩ = ⑨ / ⑥
	合 計	a	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					%	
	災害を受けた日以降に到来する納期に係る保険料額					円	
所得減少等	所得減少等の概況						
	所得見込額明細						
	所得者の氏名	所得の種類	前年の所得額⑪	所得見込額⑫	雇用保険等給付額⑬	所得減少等⑭ = (⑪ - ⑫ - ⑬)	減少率⑮ = ⑭ / ⑪
	合 計		円	円	円	円	%