

同封物チェックシート

※発送の前に、不足している書類がないか確認してください。この用紙の送付は不要です。

《主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った場合》

- 減免申請書（別記標準様式①）
- 新型コロナウイルス感染症により死亡、重篤な傷病を負ったことを証明する書類
 - ・死亡の場合：医師による死亡診断書等
 - ・重篤な場合：診断書等

《主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入の減少が見込まれる場合》

- ①減免申請書（別記標準様式①、②）
- ②主たる生計維持者の令和元年中の収入がわかるもの
 - 〈例〉源泉徴収票、確定申告書の写し、所得課税証明書
 - 令和2年中に減収が見込まれる収入に対応する令和元年分の売上帳、売上台帳、売上伝票等会計帳簿、及び会計書類等
- ③主たる生計維持者及び被保険者全員の令和元年中の所得がわかるもの
 - 〈例〉源泉徴収票、確定申告書の写し、所得課税証明書
- ④主たる生計維持者の令和2年中の収入がわかるもの
 - 〈例〉給与明細、給与が振り込まれる預貯金通帳、
 - 令和2年中に減収が見込まれる収入に対応する売上帳、売上台帳、
 - 売上伝票等会計帳簿、及び会計書類等
- ⑤保険金、損害賠償により補填される金額
 - 〈例〉会計書類、契約書
- ⑥令和2年中に事業の廃止や失業したことがわかるもの
 - 〈例〉離職票、離職証明書、事業の廃止、閉鎖等の記載がある商業登記簿

④⑤⑥の書類の添付ができない場合、お問い合わせください。

申請書の受付後、申請受理通知をお届けします。

東京都後期高齢者医療広域連合にて減免の可否及び金額を決定します。詳細は後日お届けする保険料額変更決定通知書・減免決定通知書をご確認ください。

減免の申請期限は令和3年1月4日です。決定時期にかかわらず、減免が適用となる場合は令和2年2月分まで遡及して適用されます。

お問い合わせ先

日野市 保険年金課 高齢者医療係

電話 042-514-8293（直通）

FAX 042-587-8981