

新型コロナウイルス感染症の影響による 保険料の減免及び徴収猶予について

新型コロナウイルス感染症により収入が減少した等の影響を受けた方で要件を満たす場合は、以下のとおり保険料の減免や徴収猶予を受けることができます。

1. 保険料の減免

(1) 減免の対象となる方

次の要件のいずれかに当てはまる方が減免の対象となります。

- ①新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
- ②新型コロナウイルス感染症の影響により、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（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次の i から iii までの全てに該当する場合
 - i 事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の 10 分の 3 以上であること。
 - ii 前年の地方税法第 314 条の 2 第 1 項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに高齢者の医療の確保に関する法律施行令第 7 条第 1 項に規定する他の所得と区分して計算される所得の金額（地方税法第 314 条の 2 第 1 項各号及び第 2 項の規定の適用がある場合には、その適用前の金額。）の合計額（以下「合計所得金額」という。）が 1,000 万円以下であること。
 - iii 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が 400 万円以下であること。

(2) 減免する保険料

令和元年度分及び令和 2 年度分の保険料であって、令和 2 年 2 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日までの間に普通徴収の納期限（特別徴収の場合は特別徴収対象年金給付の支払日。）が設定されている保険料で、次の基準により算定した額を減免します。

- ①主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病
同一世帯に属する被保険者の保険料額全部
- ②主たる生計維持者の収入減少
【表 1】で算出した対象保険料額に、【表 2】の前年の合計所得金額の区分に応じた減免割合を乗じて得た額を減免します。

【減免額の計算式】

| | | | | |
|-------------|---|-----------|---|--------|
| 対象保険料額 | × | 減額又は免除の割合 | = | 保険料減免額 |
| (A × B / C) | | (D) | | |

【表 1】

| |
|---|
| 対象保険料額 = A × B / C |
| A : 同一世帯に属する被保険者について算定したそれぞれの保険料額 |
| B : 世帯の主たる生計維持者の減少することが見込まれる事業収入等に係る前年の所得額 (減少することが見込まれる事業収入等が 2 以上ある場合はその合計額) |
| C : 被保険者の属する世帯の主たる生計維持者及び当該世帯に属する全ての被保険者につき算定した前年の合計所得金額 |

【表 2】

| 世帯の主たる生計維持者の 前年の合計所得金額 | 減額又は免除の割合 (D) |
|---|---------------|
| 300 万円以下であるとき | 全部 |
| 400 万円以下であるとき | 10 分の 8 |
| 550 万円以下であるとき | 10 分の 6 |
| 750 万円以下であるとき | 10 分の 4 |
| 1,000 万円以下であるとき | 10 分の 2 |
| 事業等の廃止や失業の場合には、前年の合計所得金額にかかわらず対象保険料額の全部 | |

(3) 申請期限

令和元年度分: 令和3年3月31日

令和2年度分: 令和3年6月30日

(4) 申請場所

お住まいの市区町村の後期高齢者医療保険料担当窓口

(5) お問い合わせ先

申請方法や提出書類など詳しい内容は、以下窓口までお問い合わせください。

●お住まいの市区町村の後期高齢者医療保険料担当窓口

●宮城県後期高齢者医療広域連合 保険料課

電話 : 022-266-1021

2. 保険料の徴収猶予

新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した場合などで、納付すべき保険料の全部又は一部を一時に納付することができないと認められる場合は、保険料の徴収を猶予できる場合があります。申請期限は、令和3年6月30日となります。

申請方法や提出書類など詳しい内容は、以下窓口までお問い合わせください。

- お住まいの市区町村の後期高齢者医療保険料担当窓口
- 宮城県後期高齢者医療広域連合 保険料課
電話：022-266-1021

新型コロナウイルス感染症に係る後期高齢者医療保険料減免申請書

令和 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所

申請者氏名 ⑩

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

電話番号 - -

宮城県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第18条第3項の規定により、後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

| | | | |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 取消 |
|------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | | |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 減免対象保険料額 | <input type="checkbox"/> 令和 年度 | <input type="checkbox"/> 令和 年度 | |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 | 3 | 9 | 0 | 4 | | | | 被保険者番号 | 0 | | | | | |
|-------|---|---|---|---|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|------------------|----|-----|---------|---------------|
| 被 保 険 者 | 氏名 | | 申請者との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | 生年月日 | (明・大・昭) 年 月 日 |
| (電話番号 - -) | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|----|-----|---------|-----------------|
| 生 計 維 持 者 | 氏名 | | 申請者との関係 | |
| | 住所 | 〒 - | 生年月日 | (明・大・昭・平) 年 月 日 |
| (電話番号 - -) | | | | |

| | |
|------|--|
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の死亡、又は重篤な傷病 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の収入減少 (事業の廃止・失業・収入減少) |
|------|--|

| | | |
|---|---------|---------|
| 備考 (変更・取消の場合は、その理由を記入してください) | 市区町村受付印 | 広域連合收受印 |
| | | |
| 市町村確認欄 ⑩ | | |

「主たる生計維持者の収入減少」による理由で申請する方のみ記入してください。

年中の収入状況(主たる生計維持者及びその世帯に属する全ての被保険者)

| 氏名 | 職業 | 収入の種類 | 収入額 | 所得額 |
|----------|----|--------------|---------------------|---------------------|
| 主たる生計維持者 | | 減少となるもの1 | 減少となるもの1 ① 円 | 減少となるもの1 円 |
| | | 減少となるもの2 | 減少となるもの2 ① 円 | 減少となるもの2 円 |
| | | | 減少となる収入合計 円 | 減少となる所得合計 ② 円 |
| | | 減少となる収入以外の収入 | 減少となる収入以外の収入 ③ 円 | 減少となる所得以外の所得 ④ 円 |
| | | | 収入合計(①+③) ⑤ 円 | 所得合計(②+④) ⑥ 円 |
| 同世帯の被保険者 | | | 円 | 円 |
| 同世帯の被保険者 | | | 円 | 円 |
| 同世帯の被保険者 | | | 円 | 円 |
| 合 計 | | | ⑦ 円 | ⑧ 円 |

年中の収入見込み額(主たる生計維持者)

| 氏名 | 職業 | 収入の種類 | 収入額 | 所得額 |
|----|----|----------|-----------------|---------------|
| | | 減少となるもの1 | 減少となるもの1 ⑨ 円 | 減少となるもの1 円 |
| | | 減少となるもの2 | 減少となるもの2 ⑨ 円 | 減少となるもの2 円 |
| | | 保険金・補填金等 | 円 | 円 |
| | | | 収入合計 円 | 所得合計 ⑩ 円 |

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記の申立てが正しいことを証明します。また、減免の理由が消滅した場合は、直ちにその旨を申告いたします。

令和 年 月 日

住 所
(居住地)

氏 名

⑩

収入減少による減免要件確認欄

- 事業収入等のいずれかの減少額(①-⑨)が前年の当該事業収入等の額(①)の10分の3以上。
- 前年の合計所得金額(⑥)が1,000万円以下。
- 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得額(④)が400万円以下。

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

宮城県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者住所.....
 申請者氏名.....^⑩
 被保険者との関係.....

宮城県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第 17 条第 2 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

記

1 被保険者等

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 氏名カナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 被保険者番号 | | 電話番号 | |
| 世帯主氏名 | | | |
| 世帯主住所 | | | |

2 保険料の額等

| 納期 | 保険料額 | 徴収猶予期間 | 備考 |
|----|------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | | | |

3 申請理由

| |
|--|
| |
| |
| |
| |