

(別紙)

新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少に伴う収入見込申告書（令和4年分）

令和4年 月 日

(宛先) 香川県後期高齢者医療広域連合長

申告者  
(被保険者)

住 所

氏 名

電話番号

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う保険料減免の審査に当たり、主たる生計維持者（世帯主）の令和4年中の収入見込みについて、以下のとおり申告します。

令和4年中の収入減少が見込まれる、主たる生計維持者（世帯主）令和4年中の収入					
令和4年分	収入の種類	収入の種類（該当する収入に☑を入れてください。）			
		<input type="checkbox"/> 給与収入 会社の給与、パート、アルバイト	<input type="checkbox"/> 事業収入 自営業、農業、漁業等の売上金など	<input type="checkbox"/> 不動産収入 家賃収入、土地の賃付による収入など	<input type="checkbox"/> 山林収入 山林の伐採や譲渡による収入など
1月分	見込額・実績額	円	円	円	円
2月分	見込額・実績額	円	円	円	円
3月分	見込額・実績額	円	円	円	円
4月分	見込額・実績額	円	円	円	円
5月分	見込額・実績額	円	円	円	円
6月分	見込額・実績額	円	円	円	円
7月分	見込額・実績額	円	円	円	円
8月分	見込額・実績額	円	円	円	円
9月分	見込額・実績額	円	円	円	円
10月分	見込額・実績額	円	円	円	円
11月分	見込額・実績額	円	円	円	円
12月分	見込額・実績額	円	円	円	円
給付金等(※) ◎		円	円	円	円
(A)	(計)	円	円	円	円

・令和3年中の収入と比較して、**新型コロナウイルスの影響により、3割以上の減少**が見込まれる収入のみ記載して下さい。（収入の種類ごとに記入してください。）

・「収入」とは、必要経費を引く**前**の金額です。（給与は総支給額、自営業等は売上金となります。）

※ **収入に持続化給付金等が含まれる場合は、総収入金額から差し引いて減収の計算をします。持続化給付金等の支給がない場合は、表内に斜線を引いてください。**

(B)	収入減少に対する補填 (保険金・損害賠償など)	円	円	円	円
-----	----------------------------	---	---	---	---

※ 補填される金額には、「特別定額給付金」など国や県・市から支給される各種給付金は含まれません。

(A)-(B)-◎	収入額（合計）	円	円	円	円
-----------	---------	---	---	---	---

【添付書類等】

- ・給与収入の場合：令和4年1月から12月までの実績額を確認できる給与明細等の写し
- ・事業、不動産、山林収入の場合
  - 令和3年分の収入額の確認ができる確定申告書、収支内訳書、青色申告決算書等の写し
  - 令和4年1月以降の実績額を確認できる売上帳簿等の写し
- ・(B)に該当する補填がある場合は、保険金等の額及び支払者、保険契約先等のわかるものを添付してください。

やむを得ない事情により、収入に関する証明書類を添付できない場合は、その理由をご記入願います。

※収入に関する証明書類を添付できない場合は、**必ず、本人確認書類（運転免許証など）の写し**を添付願います。

【理由】