

令和〇年〇月〇〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

被保険者

氏 名 広域 太郎

令和 4 年 分 収 入 見 込 額 申 告 書

新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯主の令和3年中の収入見込額は、次の内容に相違ないことを申告します。

1 世帯主

氏名： 広域 太郎

2 世帯主の減収が見込まれる収入について（※別紙内訳を添付してください）

収入の種類	①令和3年中の 収入額	②令和4年中の 収入見込額	③保険金、損害賠償等により補てんされる金額	減少率 (%) {①-(②+③)} / ① × 100
給 与	2,400,000 円	1,200,000 円	0 円	50.0%
営 業	2,000,000 円	1,000,000 円	200,000 円	40.0%
	円	円	円	%
	円	円	円	%

※ 減少が見込まれる収入が複数ある場合は、それぞれ記入してください。

※ 対象となる収入は、給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入です。

※ 減少率が30%未満の場合は対象となりません。

※ 令和3年中の収入額について、申告書の写しなど状況の分かる書類を提出してください。

※ 令和3年中の収入額について、国や都道府県等から支給される各種給付金を除いた収入で記入してください。

※ 令和3年中の収入額について、減収が見込まれる収入の種類が給与以外の場合は、確定申告時の収支内訳書（表面・裏面）または帳簿の写し等、明細の分かる書類を添付してください。

※ 令和4年中の収入見込額について、別紙「令和4年分収入見込額申告書の内訳」に記載し、給与収入明細書や帳簿の写しなど、状況の分かる書類を添付してください。

◎世帯主の減収が見込まれる収入について、事業等の廃止・失業の場合は、該当する方を○で囲んでください。

事業等の廃止 ・ 失業

※該当する場合は、廃業届など状況の分かる書類を添付してください。

【 記 入 例 】

(別 紙)

令和 4 年分収入見込額申告書の内訳

1 世帯主 氏名： 広域 太郎

2 令和 4 年中における世帯主の減収が見込まれる収入の内訳

月	収 入 の 種 類					
	(給 与)			(営 業)		
月	該当に○	金 額	備 考	該当に○	金 額	備 考
1月	確定 見込	200,000 円		確定 見込	160,000 円	
2月	確定 見込	200,000 円		確定 見込	160,000 円	
3月	確定 見込	100,000 円		確定 見込	160,000 円	
4月	確定 見込	100,000 円		確定 見込	80,000 円	
5月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	40,000 円	
6月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	40,000 円	補てん額 200,000 円
7月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
8月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
9月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
10月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
11月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
12月	確定 見込	75,000 円		確定 見込	60,000 円	
計		1,200,000 円			1,000,000 円	

※給与収入明細書や帳簿の写しなど、状況の分かる書類を添付してください。