

赤字解消・削減計画書(市町村)

(平成〇〇年度から　〇〇年度まで〇〇ヵ年計画)

都道府県名	保険者番号	保険者名

① 赤字の発生状況	年度(赤字発生年度)	年度		赤字の原因					
	法定外繰入金 ※1			赤字解消・削減のための具体的な取組内容					
	繰上充用金の新規増加分 ※2								
	赤字額(合計)								
② 赤字解消・削減計画	赤字解消・削減のための基本方針								
	年度別の赤字解消・削減予定額(率)※3	計画年次	第1年次	第2年次	第3年次	第4年次	第5年次	第6年次	合計
		年　度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	
		法定外繰入の解消・削減予定額(率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
		繰上充用金の新規増加分の解消・削減予定額(率)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	
合計 赤字解消・削減予定額(率)		千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)	千円(%)		

※1 国民健康保険事業の実施状況報告様式5の決算補填等目的の法定外一般会計繰入額の小計額と一致していること。

※2 当該年度の繰上充用(当年度の歳入が歳出に不足し、翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てる)の額と、前年度の繰上充用の額の差引増加分。

※3 率の場合は、赤字額又は解消・削減すべき合計額に占める解消・削減予定額の割合を記載する。

上記のとおり赤字解消・削減計画書を提出します。

年　月　日

知事殿

保険者名

代表者職氏名

印

資料6
平成30年2月6日