

保険料(減額・免除)申請書

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて保険料の減免を申請します。

申請者 (組合員)	(ふりがな) _____ ㊞	被保険者番号	— —
住所・ 連絡先	〒 — 電話番号 : _____ ()		
代理人が 申請する 場合	氏名	(ふりがな) _____	(組合員との続柄)
	住所	〒 —	
主たる 生計 維持者	氏名	(ふりがな) _____	(組合員との続柄)
	住所	〒 —	
事業所名 所在地	事業所名	_____	
	住所	〒 —	
	電話番号	()	
1 申請理由(該当する理由に○をつけてください。) 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たため。 2 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため。 3 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の事業収入等のいずれかの減少額が、前年の事業収入等の額の10分3以上であるため。 (減少する事業収入等: 事業収入、給与収入)			
送金先	銀行 信用金庫 信用組合	() 店番号	本・支店 ゆうちょ
	(普通 ・ 当座) 口座番号	フリガナ () 口座名義	_____ 様宛