

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う保険料減免申請書
(国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療制度用)

令和 2 年 〇 月 〇 日

大雪地区広域連合長
北海道後期高齢者医療広域連合長

あて

住所 〇〇町 〇町 〇丁目

申請者
(世帯主)

氏名 大雪 太郎 印

電話番号

0166-〇〇-〇〇〇〇

※携帯番号の場合は誰の携帯かわかるように記載してください。

新型コロナウイルス感染症の影響により、申請者は基本的には世帯主（国民健康保険が賦課され、令和2・3月分）及び令和2年度に係る保険料について、

申請者は基本的には世帯主（国民健康保険が賦課されている方）になります。

また、申請世帯の課税資料について、閲覧すること、記入した収入金額及び所得金額が、町税の申告額と差異があった場合は、改めて町税の申告額により申請したものと取り扱うことに同意します。

【表の太枠内を記入してください。】

保険番号等 申請する保険の種類に○をつけ、介護保険及び後期高齢者医療制度においては氏名・被保険者番号も記載してください

| | | | | | | | | |
|-----------|------|------|----|----------|------|-------|----|-----------|
| 国民健康保険 | 記号 | 東川 | 番号 | 123456 | | | | |
| 介護保険 | ① 氏名 | 大雪太郎 | 番号 | 10012345 | ② 氏名 | 大雪はな子 | 番号 | 100123456 |
| | ③ 氏名 | | 番号 | | ④ 氏名 | | 番号 | |
| 後期高齢者医療制度 | ① 氏名 | | 番号 | | ② 氏名 | | 番号 | |
| | ③ 氏名 | | 番号 | | ④ 氏名 | | 番号 | |

被保険者証の番号を記載してください。

減免申請理由

- ① 主たる生計維持者等
- ② 主たる生計維持者等の事業収入等の減少が見込まれるため。
※事業収入等は、給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入のことです。
(条件)
- 事業収入等のいずれかが、令和元年中に比べて3割以上減少する見込みである。
 - 令和元年中の合計所得が1,000万円以下である。(介護保険は除く)
 - 減少する見込みの事業収入等に係る所得以外の令和元年所得合計額が400万円以下である。

添付書類：①の場合は死亡診断書又は医師の診断書等の写し
②の場合は別紙「保険料減免に伴う事業収入等申告書」

主たる生計維持者の状況

主たる生計維持者が事業等を廃止した場合や失業した場合は、記入してください。

事業等の廃止又は失業の時期 令和 〇 年 〇 月 〇 日 雇用保険受給資格者証 あり・なし

★添付書類：事業廃止の場合は廃業届、失業の場合は解雇通知書、雇用保険受給資格者証等の写し

※ 被保険者が失業した場合で雇用保険受給資格者証の離職理由コードが「11」、「12」、「21」～「23」、「31」～「34」のときは、国民健康保険のみ、この減免の対象にはならず、別の軽減制度の対象になります。

備考

事業廃止、失業の場合はこの欄に記入することになります。雇用保険受給資格者証を提出してください。(失業理由を確認します。)

■還付口座の指定：国保・介護・後期高齢者医療に還付金が発生する場合で、申請者本人の口座に還付する場合

保険料の還付先 **世帯主名義の口座**

申請者と同一

- 私の保険料に還付金が発生した場合、下記の私名義の口座に振り込んでください。
- ※すでに口座振替でお支払いいただいている場合は登録済み口座へ還付しますので記載不要です。

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|----------------------|----|---|-----------------|-------------|---|---|-----|
| フリガナ | タイセツ タロウ | | | | | | | | | |
| 口座名義 | 大雪 太郎 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 広域 | | 銀行 金庫 組合 農協 | 広域 | | 本店 支店 出張所 | 金融機関 コード | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 店番号 |
| 記号 | <p>●国保では2月以降に随時調定が発生している方、介護では年金特徴令和元年度分や6月期の特徴のある方に還付金の発生が想定されます。</p> <p>●口座振替をしている方、国保のみの申請で、明らかに還付金が発生する見込みのない方であれば記載不要です。（不明の場合は念のため記載していただくことをおすすめします。）</p> <p>●上欄は申請者本人の口座に還付する場合、下欄は申請者以外の方の口座に還付する場合ですので下欄に記載する場合は委任・受任の行為が必要となります。</p> <p>●介護保険・後期高齢医療保険で申請者以外の世帯員に還付金が生じた場合は、申請者名義が違うことから本様式では対応できませんので後日別に申請者宛て還付請求書を送らせていただきます。</p> | | | | | | | | | |

■還付口座の指定：申請者以外の口座に還付する場合

保険料の還付先 **世帯主以外の名義の口座**

- 私の保険料に還付金が発生した場合、債権受取を下記の口座名義の者に委任します。

申請者と違う名義人の口座に振り込みを希望される場合はこちらに記載してください。

委任者署名・印 _____ 印

- 申請者以外の方の口座に還付する場合は、申請者以外の方の口座に還付する旨について受任します。

受任者署名・印 _____ 印

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|-----------------|----------------------|--|--|-----------------|-------------|--|--|-----------------|
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | 銀行 金庫 組合 農協 | | | 本店 支店 出張所 | 金融機関 コード | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 (右づめ記入) | | | | | | | | 店番号 |
| ※ゆうちょ銀行口座への振り込みをご希望で店名（3桁の漢数字）が不明の方は下欄に右づめでご記入願います。 | | | | | | | | | | |
| 記号 | | | | | | | | | | 口座番号 (右づめ記入) |

- 納付済保険料から還付金が出る場合は後日広域連合から書面等で別途お知らせいたします。
- 介護保険・後期高齢者医療制度において、申請者以外の世帯員に還付が発生したときは、債権者が異なることから後日広域連合から別の通知をお知らせいたします。
- 年金からの天引きが即時で止まらない場合がありますが過納となった保険料は還付します。