

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)

札幌市 中央 区長 あて
北海道後期高齢者医療広域連合

令和 4年 6月 20日

申請者	カナ	サッポロ タロウ	電話番号	(自宅・勤務先・携帯・その他) 011 - 123 - 4567 ※日中に連絡がとれる電話番号を記載してください。
	氏名	札幌 太郎		
	住所	札幌市中央区北1条西2丁目3番4-501号		

主たる生計維持者が令和4年4月1日以降に新型コロナウイルス感染症に罹患し、死亡または重篤な傷病を負ったため、令和4年度に係る保険料について、下記のとおり減免の申請をします。

※重篤な傷病については、令和3年度中に傷病を負い、令和4年4月1日以降もその状態が続いている場合も含まれます。

世帯構成員

※ 主たる生計維持者の方が、新型コロナウイルス感染症によりお亡くなりになられた場合は、現時点での世帯状況ではなく、お亡くなりになられた方も含めた世帯構成のご記入をお願いします。

世帯主	カナ	サッポロ タロウ	生年月日	大正・昭和 平成・令和 19年 7月 13日
	氏名	札幌 太郎		
世帯員	住所	(申請者住所と同じ場合は省略可)		
	氏名	札幌 花子	生年月日	大正・昭和 平成・令和 20年 8月 25日
	氏名	札幌 次郎	生年月日	大正・昭和 平成・令和 60年 9月 10日
	氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	

保険番号

お亡くなりになられた主たる生計維持者、または重篤な傷病を負った主たる生計維持者の方と同じ世帯に属する方の保険証番号をご記入ください。

国民健康保険

① 111-1111
② 222-2222

他の健康保険（社会保険や建設国保・医師国保など）に加入されていない方が対象です。

※ 主たる生計維持者の方がお亡くなりになられた場合は、お亡くなりになられた前後で保険証番号が変更となっている場合がございます。その場合は、両方の番号をご記入ください。

介護保険

① 1234567890 ② 9876543210
③ ④

65歳以上の方が対象です。

後期高齢者医療制度

① 11111111 ②
③ ④

75歳以上の方または65歳以上の一定の障がいがある方が対象です。

保険番号をご記入いただいていない場合でも、世帯内の保険番号を調査し、減免の対象とさせていただく場合がございますので、ご了承ください。

申請書は裏面につづきます。

主たる生計維持者について

● 主たる生計維持者とは

主たる生計維持者は、基本的には世帯主となりますが、世帯主より所得が多い世帯員がいらっしゃる場合は、その方を主たる生計維持者とすることもできます。

主たる生計維持者の氏名 **札幌 太郎**

主たる生計維持者が令和4年4月1日以降に新型コロナウイルス感染症に罹患し

①または②のどちらかを丸で囲んでください。

① 死亡した

② 重篤な傷病を負った

死亡診断書の写しを添付してください。
(添付が難しい場合はご相談ください)

以下の内容をご記入をお願いします。

発症日（発熱や倦怠感等の症状を感じた日）・・・ 3月13日

入院した日・・・ 3月15日 退院した日・・・ 4月20日

入院した病院 札幌国保病院

どのような治療を行ったか、わかる範囲でご記入ください。
(「呼吸困難になり人工呼吸器をつかった」「高熱が20日以上続いた」など)

呼吸困難になり人工呼吸器をつかった

※ 新型コロナウイルス感染症に罹患されても、重篤な傷病でない場合は、減免の対象外となります。その場合申請は不要です。(判断が難しい場合は上記に記載のうえ申請してください。)

上記の内容がわかる診断書の写し等を添付してください。なお、状況の把握のために確認のご連絡をさせていただくことがございますのでご了承ください。
(添付が難しい場合はご相談ください。)

保険料の還付先 世帯主名義の口座

● 私の保険料還付金について、私名義の口座に振り込んでください。

フリガナ	サッポロ タロウ									
口座名義 (通帳の表示とおり記入)	札幌 太郎									
金融機関名	〇〇〇			△△△						
	金融機関コード			店番号						
預金種別 (○で囲む)	普通・当座		口座番号		1 2 3 4 5 6 7					
※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)が不明な方は下欄に右つめでご記入願います。										
記号			口座番号							1

委任状(世帯員が世帯主の口座に振込を希望する場合)

※ 本申請により世帯員に還付が発生した場合、今後発生する還付金は全て世帯主の口座に振り込まれますので、ご注意ください。

次の者に介護保険料・後期高齢者医療保険料の還付金請求権・受領権を委任します。

委任者 (世帯員)	(自署)	札幌 太郎	印
	(自署)	札幌 花子	印

※委任者と別の印鑑を必ず押印してください。

※還付がある場合は、後日区役所から書面等で別途お知らせいたします。

※すでに口座振替で保険料をお支払いいただいている場合は、上記口座・委任状に記入いただいても、登録済み口座へ還付いたします。

※世帯主の方がお亡くなりになられた場合及びお亡くなりになられた世帯員の方の分の保険料の還付先は別途、書面にて確認させていただきます。(こちらには記載不要です)