

北海道医師国保組合の組合員の皆様へ

新型コロナウイルス感染症の影響により、
次の要件を満たす方は、
保険料が減免となります。

【保険料の減免の対象となる方】

- 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重篤な傷病を負った世帯の方
⇒ **保険料を全額免除**
- ② 新型コロナウイルス感染症の影響により、組合員の収入が減少（※）した世帯の方
⇒ **保険料の一部を減額**

※保険料が減免される具体的な要件

組合員の事業収入（個人事業主の方）、または給与収入（医療法人の役員もしくは医療機関に勤務の方）が、前年に比べて10分の3以上、減少した方

注：申請にあたっては、収入を証明する書類として、必ず**確定申告書Bの写し**を添付してください。

- 保険料の減免額**は、保険料額に事業収入等に係る減少率に応じて下記の減免割合をかけた金額です。

減少率	減免割合
5 / 10 以上	全額
5 / 10 未満 4 / 10 以上	3 / 4
4 / 10 未満 3 / 10 以上	1 / 2

保険料減免・免除申請を希望される方は、**保険料減免・免除申請書（様式第27号）**に、**還付保険料振込口座届出書、確定申告書Bの写し（令和元年分、令和2年分）**を添付して、**申請期限（令和3年3月31日）**までに、北海道医師国保組合にご提出ください。

問い合わせ先：北海道医師国民健康保険組合

電話：011-271-7471 email：kokuho@hokkaido.med.or.jp

http：//www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/

保 険 料 減 額 申 請 書
免 除

申請する保険料額	(年額保険料) , , 円 × % (減免割合)
申請する期間	自 令和 2年 4月 1日 12ヶ月分 至 令和 3年 3月 31日
申請する理由	新型コロナウイルス感染症の影響による 収入の減少

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

自宅
住所

組合員

氏名

印

個人番号(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

保険料減免・免除申請による還付保険料振込口座届出書

北海道医師国民健康保険組合 御中

還付保険料の振込先を下記のとおり連絡いたします。

金融機関	銀行・信用金庫
	本・支店
預金種目	普通・当座・貯蓄
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	

※口座は組合員本人名義(または組合員が代表となっている医療機関)の口座をご指定ください。

令和 年 月 日

被保険者証記号・番号 道医

住 所

組合員氏名

<添付資料>

- ・保険料減免・免除申請書(様式第27号)
- ・令和元年年分確定申告書Bの写し
- ・令和2年年分確定申告書Bの写し

提出期限 令和3年3月31日 必着