

保険料（減額・免除）決定通知書

_____ 殿

貴殿から申請があった保険料の減免について、次のとおり決定したので通知します。

記

減 額	円	割合	
-----	---	----	--

【内 訳】

年 度	減免する前の保険料の月額	減免額	減免後の保険料の月額
令和3年度			

令和 年 月 日

北海道薬剤師国民健康保険組合

理 事 長

札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12

TEL. 011-812-1161