

年 月 日

後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

(この欄には、保険料の算定の基礎を記載する。)

被保険者氏名

徴収方法等決定情報

決定年月日	
決定事由	
保険料	ヶ月分 円
既通知済額	円
差引保険料	円
これまでの保険料納付等	
徴収方法	
特別徴収	
義務者	
対象年金	
対象年金額	円
これからの保険料納付等	
徴収方法	
特別徴収	
義務者	
対象年金	
対象年金額	円

岡崎市長 氏名 印

期別保険料額

月	変更前保険料		変更後保険料		普通徴収の場合の納期限
	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
1月					
2月					
3月					
計					差引増減額
合計額					

備考

- この通知書は、特別徴収の保険料額の変更の通知をする場合に、被保険者に対して使用する。
- この通知書の余白(裏面含む)に、通知書の記載事項に不服がある場合における救済の方法及び取消訴訟を行う場合の被告とすべき者と出訴期間等を記載する。