

様



後期高齢者医療保険料額 決定 (更正) 通知書

令和 7年度分の後期高齢者医療保険料額は次のとおりです。

被保険者氏名	*****	被保険者番号	*****
性別	**	生年月日	*****
住所	*****		
決定年月日	*****	保険料額	***** 円
決定 (変更) 理由	*****		

※保険料額は、広島県後期高齢者医療広域連合内における保険料額です。
このため広島県内で転居された方は原則として複数の市区町にお支払いいただくことになります。

保険料計算の内訳

区分	(1) 保険料計算のもととなる所得	(2) 所得割率	(3) 所得割額 (1) × (2)	(4) 均等割額	(5) 算出額 (3) + (4)	(6) 限度額を超える額
変更後	*****	*****	*****	*****	*****	*****
変更前	*****	*****	*****	*****	*****	*****

区分	(7) 所得割軽減額	均等割軽減割合	(8) 均等割軽減額	(9) 年間保険料額 (5) - (6) - (7) - (8)	月数	(10) 月割減額	(16) 保険料額 ※(9) + (13) - (10) - (14) - (15)
変更後	*****	*****	*****	*****	**	*****	*****
変更前	*****	*****	*****	*****	**	*****	*****

被扶養者軽減適用期間の保険料算定の基礎

区分	(11) 均等割額	均等割軽減割合	(12) 均等割軽減額	(13) 年間保険料額 (11) - (12)	月数	(14) 月割減額	(15) 減免額
変更後	*****	*****	*****	*****	**	*****	*****
変更前	*****	*****	*****	*****	**	*****	*****

※2024年度 (令和6年度) のみ「(1) 保険料計算のもととなる所得」が580,000円以下の場合、所得割率は「8.98%」が適用となります。