

国民健康保険料減免申請書

被保険者番号		〇〇 — ××××		色付き部分のみご記入ください。	
減免理由		退職又は事業不振・休廃業等により所得が減少した場合			
添付書類	【収入・所得の分かる書類】	①給与明細書 ②年金通知書 ③源泉徴収票 ④営業の売上、経費等が記載された帳簿 ⑤確定申告書（控）			
	【退職・廃業したことが分かる書類】	⑥離職票 ⑦被用者保険 ⑧雇用保険受給資格者証			
	【その他の書類】	⑨申立書 ⑩その他（ ）			

※所得のある方のみ下欄にご記入ください。
※本年所得は、所得減少が始まった月以降のものを記入してください(見込み含む)。(単位：円)

	氏名	所得状況	給与	年金	営業	合計
①	門真 太郎 ※所得減少が始まった月 () 月	本年所得(月平均)				
		前年所得(月平均)				
②	門真 花子 ※所得減少が始まった月 () 月	本年所得(月平均)				
		前年所得(月平均)				
③	※所得減少が始まった月 () 月	本年所得(月平均)	その他必要書類に関しましては、 国民健康保険料各種減免についてのページをご参照ください。			
		前年所得(月平均)				
④	※所得減少が始まった月 () 月	本年所得(月平均)				
		前年所得(月平均)				
世帯合計		本年所得(月平均)		前年所得(月平均)		

上記の理由により、門真市国民健康保険条例第26条の規定に基づき国民健康保険料の減免を申請します。

上記の他に所得があった場合、所得申告額に変更があった場合又は被保険者に増減があった場合などは、減免措置の取消し又は変更等があることを了承します。また、減免理由の変更及び消滅があった場合には、速やかに申告を行います。以上を誓約のうえ申請します。

門真市長様

令和 〇年 △月 □日

住所

門真市中町1番1号

国保世帯主

門真太郎

(申請者

門真太郎)

個人番号

123456789012

電話

(090) 9876 — 5432

減少率	%	期間	月 ~ 月	所得割	%	受付	入力	確認
当初申請				非自発的失業				
再審査申請				納付書発送不要				