

国民健康保険料減免申請書

(第6号用)

| | | | | |
|--------|---|-----|----------|---|
| 被保険者番号 | — | 短・資 | 減免前の保険料額 | 円 |
| | | | | 円 |

| | | | | | | | | |
|---|----|--|----|--|----|--|---------------------|--|
| 1 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | | 勤務先・ 学校名 (学年) | |
| 2 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | | 勤務先・ 学校名 (学年) | |
| 3 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | | 勤務先・ 学校名 (学年) | |

4人以上の世帯の方は2枚目をご利用ください。

新型コロナウイルス感染症による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、生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯の方
- ② 新型コロナウイルス感染症の影響により、生計維持者の収入減少が見込まれる世帯の方で、次のア～ウの全てに該当する方
 - ア 当年の事業収入等（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が、前年に比べて10分の3以上減少する見込みであること。
 - イ 前年の所得の合計額が1,000万円以下であること。
 - ウ 減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の、前年の所得の合計額が400万円以下であること。

当てはまる項目にチェックしてください

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 減免を申請する理由 | ① 新型コロナウイルス感染症による死亡又は重篤な傷病 | <input type="checkbox"/> |
| | ② 新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少 | <input type="checkbox"/> |
| 確認事項 | 会社都合による雇い止め等による失業手当を受給する予定はない。 | <input type="checkbox"/> |
| | 新型コロナウイルス感染症の影響による収入減少影響により、事業収入等が減少し保険金や損害賠償金、国や大阪府からの給付金等が支払われた。 (裏面に記載欄あり) ※支払われている場合、その事実が分かる書類のコピーを添付してください。 | <input type="checkbox"/> |

令和 年 月 日 ※この欄は必ず自筆してください。
 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。
 所得額等に変更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、減免事由の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

住 所 門真市

国保世帯主 (申請者)

個人番号

電 話 ()

健康保険課使用欄

裏面に続く

| | | | | | | | | |
|-----|---|-----|---|-----|-------|-----|-----|-----|
| 所得割 | % | 応益割 | % | 期 間 | 月 ~ 月 | 受 付 | 入 力 | 確 認 |
|-----|---|-----|---|-----|-------|-----|-----|-----|

納付書発送不要

非自発的失業

| 【 収 入 状 況 】 | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----|-----|--------------|---|
| 【新型コロナウイルスの影響により収入の減少が始まった月】 | | | 令和 | 年 | 月 |
| 氏 名 | | 給 与 | 年 金 | そ の 他 () | |
| | 前年の収入金額 | 円 | 円 | 円 | |
| | 今年の収入見込金額 | 円 | 円 | 円 | |
| | 前年の収入金額 | 円 | 円 | 円 | |
| | 今年の収入見込金額 | 円 | 円 | 円 | |
| | 前年の収入金額 | 円 | 円 | 円 | |
| | 今年の収入見込金額 | 円 | 円 | 円 | |
| 前年の収入金額合計 | | 円 | 円 | 円 | |
| 今年の収入見込金額合計 | | 円 | 円 | 円 | |

| 氏 名 | | 給 与 | 年 金 | そ の 他 () | |
|-----|-----|-----|-----|--------------|--|
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 年 月 | 円 | 円 | 円 | |
| | 合 計 | 円 | 円 | 円 | |
| | 平 均 | 円 | 円 | 円 | |

※新型コロナウイルス感染症の影響により、事業収入等が減少し、そのことに伴い、保険金や損害賠償金、国や大阪府からの給付金等が支払われた場合は、下記に記載してください。

| 氏 名 | 保険金 | 損害賠償金 | 給付金 | その他 |
|-----|-----|-------|-----|-----|
| ① | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ② | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ③ | 円 | 円 | 円 | 円 |

| 健康保険課使用欄 | 2号減免 | 5号減免 | 6号減免 |
|----------|------|------|------|
| | | | |