

国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日		申 請 者	住 所	泉大津市		
			電話番号	()		
			氏 名	(世帯主)		
泉 大 津 市 長 様		大・昭・平・令 年 月 日 生				
泉大津市国民健康保険条例第45条の規定に基づき申請します。						
減免を受けようとする保険料額				減免を受けようとする理由		
年度	番 号	月 別	保 険 料 額			
				1. 失業や事業の不振 2. 災害で居住住宅に著しい損害		
				3. 拘禁されていた 4. その他 ↓ 詳細を()内に記入		
				()		
所得						
所得						
所得						
処理欄	区分	一般医療		一般支援	一般介護	
	減免額					
備考	ア 所得減 年 月 ~ 月 ケ月 %			※ 処理欄は記入しないでください。		
	イ 災害減免			合計		
	ウ 拘禁減免					
	エ 旧被扶養者減免					
				所得台帳	賦課台帳	受 付