

国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日 泉 大 津 市 長 様	申 請 者	住	泉大津市
		所	電話番号 ()
		氏	(世帯主)
		名	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				

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 ヶ月 %	※ 処理欄は記入しないでください。		合計	
	イ 災害減免				
	ウ 拘禁減免	所得台帳	賦課台帳	受 付	
	エ 旧被扶養者減免				

所得台帳	賦課台帳	受 付