

令和\_\_年度

国民健康保険料  
減免申請書

受付

貝塚市長様

令和 年 月 日

申請者 住所

世帯主氏名

連絡先 ( )

個人番号

記入してください。

貝塚市国民健康保険条例第25条の規定に基づき国民健康保険料の減免を申請します。  
なお、所得減少による減免について、所得見込金額に変更が生じた場合や、所得見込金額と実際の所得金額が異なる場合は、速やかにその旨を申告し、その際、減免額の変更や取消しにより保険料が増額更正されても異議ありません。

減免を受けようとする理由		減免額の計算	
① 災害	② 所得減少 減少の程度は、別紙収入状況申告書のとおり	[医療分]	
		所得割金額	減免割合 月数 円× 割× /12=
		医療分減免額	
		[支援金分]	
③ 拘禁 期間：入所日 年 月 日～ 出所日 年 月 日	④ 旧被扶養者 様分 資格取得日：令和 年 月 日	所得割金額	減免割合 月数 円× 割× /12=
		支援金分減免額	
		[介護分]	
		所得割金額	減免割合 月数 円× 割× /12=
介護分減免額			
保険料	宛名番号	入力	点検
減免額	証番号	備考	
未納額	国保番号		