

国民健康保険料減免申請書

被保険者 記号・番号	池国
年度	令和 年度
保険料の減免を 申請する事由	<input type="checkbox"/> 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、居住する住宅について著しい損害を受けた <input type="checkbox"/> 事業又は業務の不振、休業、失業等により、所得が著しく減少した ( ) <input type="checkbox"/> 刑事施設、労務所その他これらに準ずる施設に拘禁された <input type="checkbox"/> 旧被扶養者減免の要件に該当した

上記について別紙証明書類を添えて申請します。

(宛先) 池田市長

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※自署でない場合は、押印してください。

【記入者氏名・連絡先】

記入者名	続柄
日中連絡先	

【納付方法・補足】

納付義務者 宛名番号	
納付方法	納付書 ・ 口振 ・ 分納
<input type="checkbox"/> 納付額通知書のみ送付 <input type="checkbox"/> 結果にかかわらず分納 ※その他特記事項を下記へ記入してください	

【年少者・被扶養者氏名】

氏名	
氏名	
氏名	
氏名	
氏名	
氏名	
氏名	

【合計所得】

前年 所得計	円
現年 所得計	円

※年金・給与(上限10万円)  左記確認

年金所得と給与所得が両方あり、2つを足した合計が10万円以上の人

【所得減少率】

月 ~ 月	%
月 ~ 月	%