

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 7 年 度
保険料の減免を 申請する理由	☐ 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 ☐ 事業又は業務の不振、休廃止、失業等により、所得が著しく減少した ☐ 刑事施設、労役所その他これらに準ずる施設に拘禁された ☐ 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 ・ 口座振 ・ 分納
☐納付額通知書のみ送付 ☐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	

【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	%