

申請書をどなたが書かれたか記入してください。

世帯主、減免対象の方が記入される場合は①と②にチェックしてください。

①と②のいずれにも該当しない場合は、記入された方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

## 国民健康保険料減免申請書(兼 非自発的失業者軽減申請書)

窓口に来られた方	<input type="checkbox"/> ①納付義務者(世帯主)と同じ
	<input checked="" type="checkbox"/> ②減免対象者と同じ

令和 年 月 日

※窓口に来られた方が①・②以外の場合は下記の住所・氏名・電話番号をご記入ください。

(住 所)

(氏 名) (Tel) - -

様 (住 所) 加古川市加古川町北在家2000

世帯主 (氏 名) 加古川 太郎

対象者 (氏 名) 加古川 次郎

(生年月日) 昭 平 33 年 1 月 1 日 (Tel) 000 - 0000 - 0000

下記の理由のため国民健康保険条例第29条第2項及び第30条の2により国民健康保険料の減免及び軽減を申請します。

- ① 下記の勤務先を退職以後 (年金) (雇用保険) )以外に収入がなく、現在就業予定もないため
2. 下記の勤務先を退職以後無職無収入であり、雇用保険の受給予定もなく、現在就業予定もないため
3. 下記勤務先より転職後、所得が下がったため (令 年 月 日 に現勤務先に就職) 日締の(当・翌)月 日払い
4. 勤務先に変更はないが所得が下がったため (令 年 月 日勤務分から減少) 日締の(当・翌)月 日払い
5. 勤務先の減少により、所得が下がったため (以前 力所勤務→現在 力所勤務中) 現職 日締の(当・翌)月 日払い
6. 営業不振により所得が下がったため

7. 後期高齢者医療制度により旧被扶養者に該当したため (平・令 年 月 日 国保加入) ※65歳以上の社保離脱の方のみ

8. その他(

失業	前勤務先名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇(株)	給与形態	日締の(当・翌)月 日払い
	離職年月日	令 年 月 日	雇用保険受給	無・有
	所得減少後1年間の年金受給予定	無・有	離職理由	11・12・21・22・23・31・32・33・34(以外)
			(年金受給開始日:平 令 年 月 日)	

令和	現年	通知書番号	添付書類
----	----	-------	------

# 記入例

黄色で示された部分をご記入ください。

- 本申請時に添付書類( )を添えて提出してください。
- 本申請までに到来する納期につきましては、各納期限までにご納付ください。
- ※ 理由発生後一年間
- |    |  |
|----|--|
| 収入 | <input type="checkbox"/> 所得 ≤ 200万円 (7割)         |
| 所得 | <input type="checkbox"/> 200万円 < 所得 ≤ 400万円 (5割) |
|    | <input type="checkbox"/> 400万円 < 所得 ≤ 600万円 (3割) |
|    | <input type="checkbox"/> 600万円 < 所得 (1割)         |
|    | ∴ 割  |

国民健康保険条例施行規則第22条第 項区分( )を適用

国民健康保険条例第25条の2を適用

受付

入力	職員確認	<input type="checkbox"/> 添付書類は理由発生後一年間の所得がわかるものになっていますか。	納付書	<input type="checkbox"/> 期～ 期回収	交付金	該当	チェック
		<input type="checkbox"/> 申請した月は納付いただき、申請の翌月以降で調整となることを説明していますか。		<input type="checkbox"/> 口座・特徴のため納付書なし	非該当		

までに提出してください。

ここから下は記入しないで下さい。