

※申請書は納期限までに提出してください。

受付印

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)

令和 年 月 日

申請者： (住 所) 加古川市

(氏 名)

(生年月日) 昭・平 年 月 日 (Tel) - -

加古川市長 様

納付義務者(世帯主)： (住 所) 加古川市

☐申請者と同じ

(氏 名)

減 免 対 象 者： (氏 名)

☐申請者と同じ

(生年月日) 昭・平 年 月 日 (Tel) - -

下記の理由のため国民健康保険条例第29条第2項による国民健康保険料の減免または第30条の2による国民健康保険料の軽減を申請します。

理 由

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(令和__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(令和__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__カ所勤務→現在__カ所勤務中)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(令和 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

給与形態

__日締の(当・翌)月__日払い

離職年月日

令和 年 月 日

雇用保険受給

無・有

離職理由

11・12・21・22・23・31・32・33・34・以外

所得減少後1年間の年金受給予定

無 ・ 有 (年金受給開始日:平・令 年 月)

令和 年度

現年

通知書番号

添 付 書 類

過年(令和 年度分)

減免対象者の宛名番号

1.雇用保険受給資格者証(両面)

2.給与明細(ヶ月分)

※2箇所以上の場合は全て必要

3.離職した会社の給与明細(離職日以降に支給がある分)

4.健康保険資格喪失証明書

5.年金額のわかるもの(改定通知・振込通知ハガキ・年金証書)

6.確定申告書(控)

7.収支内訳書

8.無職申立書

9.その他()

内 訳

全体分

医 療 分

介 護 分

後 期 分

減免割合

年間納付額

円

円

円

円

所得割

割

減 免 額

円

円

円

円

均等割

割

減免後納付額

円

円

円

円

平等割

割

減免該当月

月

月

月

月

摘 要

総所得金額

□ 未申告

(仮受付の方)

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。

□ 所得≤200万円 (7割)

□ 200万円<所得≤400万円 (5割)

□ 400万円<所得≤600万円 (3割)

□ 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

仮受付印

入 力

(/)

職員確認

☐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るか。

☐申請した月は納付し、申請の翌月以降で調整とすることを説明しているか。

交付金

該当

受 付

非該当

チェック: