記入例
減免理由が【旧被扶養者に該当】の場合

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 7 年 7 月 25 日

加 古 川 市 長　様

住 所	加古川市加古川町北在家2000		
氏 名	加古川　太郎		
生年月日	平成2年4月1日	TEL	000-1111-1111

納付義務者世帯主：
☑申請者と同じ

世帯主が申請者と同じ場合はチェック

住 所			
氏 名			

減免対象者：
☐申請者と同じ

氏 名	加古川　花子		
生年月日	平成4年6月7日	TEL	[illegible]

減免対象者は被扶養者の情報を記入

※申請書は納期限までに提出してください。

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）災害により被害を受けたため
- ☐（２）盗難・詐欺等の犯罪被害を受けたため
- ☐（３-1）退職により所得が下がったため
- ☐（３-2）休業により所得が下がったため
- ☐（３-3）廃業により所得が下がったため
- ☐（３-4）勤務日数の減少等により所得が下がったた
- ☐（４）在所のため
- ☑（５）後期高齢者医療制度により旧被扶養者に該当したため
- ☐（６）非自的失業者に該当するため

国保加入日（異動日）を記入する

退職日・休業開始日等	令和　7 年　4 月　1 日	前勤務先名			
休業終了日・在所期間終了日	令和　年　月　日	雇用保険受給資格	有・無	離職理由	11･12･21･22･23･31･32･33･34･以外

注意事項

☑ この申請に対する結果の通知が届くまでは、現在お持ちの納付書で納付してください。
結果の通知
（減免理由が3-1～
☐ 申告した収入
☐ 減免決定の審査
あってもすみやかにご連絡ください。
内容を確認します。その結果、減免の条件を満たさないことが判明した場合は、減免の決定を取り消し、減免した額を一括で請求しますのでご了承ください。
※所得金額の確認のため、官公
※請求した金額を期限までに納
可能性があります。
※多大な請求になる可能性があ
可能な限りすみやかにご連絡ください。

注意事項１つ目を確認のうえ、チェックを付けてください。

チェック･署名に漏れがある場合、受付できませんのでご注意ください。

上記の注意事項に同意します。　署 名　加古川　太郎

申請者の署名

ここから下は記入しないで下さい。

令 和　年度	現年			通知書番号					書　類		
	過年 令和　年度分			減免対象者の宛名番号							
内　訳	全 体 分	医 療 分	介 護 分	後 期 分	減免割合						
金											
減											
減											
減											
									金額		

1．離職票
2．健康保険資格喪失証明書
3．雇用保険受給資格者証（両面）
4．休業証明書

【申請に必要な書類】

・健康保険資格喪失証明書

※国民健康保険加入の手続きと同時に減免の申請を行ってください。

摘 要　給与　年金　他

- ☐ 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

入力	/	職員確認	☐ 注意事項について説明したか。 ☐ 署名の漏れはないか。	交付金	該当 非該当	受付		チェック	