

記入例④ 減免理由が【旧被扶養者に該当】の場合		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 7 年 7 月 25 日											
主 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						
加古川市長様													
納付義務者世帯主：		住所		世帯主が申請者と同じ場合はチェック									
☒ 申請者と同じ		氏 名											
減免対象者：		氏 名		加古川 花子					減免対象者は被扶養者の情報を記入				
☐ 申請者と同じ		生年月日		平成4年6月7日					TEL 000-2222-3333				
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			☒ (4) 在所のため									
	☐ (2) 盗難・詐欺等の犯罪被害を受けたため			☐ (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									
	☐ (3-1) 退職により所得が下がったため			☐ (6) 非自発的失業者に該当するため									
	☐ (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来くまでは、現在お持ちの納付書で納付してください。												
	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											
令和 年度		現年		通知書番号		申請者の署名							
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			
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。													
金額													
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		交付金		該当 非該当		受 付		チエック			
/		☐ 注意事項について説明したか。 ☐ 署名の漏れはないか。											

※申請書は納期限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。