記入例
減免理由が
【在所のため】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　111-2222-3333

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
- ☐（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
- ☑（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）非自発的失業者に該当するため

在所期間を記入する
（退所日は証明書に記載がある場合のみ記入）

退職日・休業開始日等	令和 7 年 6 月 10 日	前勤務先名	
休業終了日・在所期間終了日	令和 9 年 3 月 10 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。
- （減免理由が3-1
- ☐ 申告した収入
- ☐ 減免決定の審査内容を確認します。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、官公庁
- ※請求した金額を期限までに納付
- ※多大な請求になる可能性があ

あってもすみやかにご連絡ください。
可能性があります。
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

※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。

令 和　年度	現年	通知書番号		付 書 類
	過年 令和　年度分	減免対象者の宛名番号		1．離職票 2．健康保険資格喪失証明書

【申請に必要な書類】
・在所証明書

減免該当月	4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3 月 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	所得金額	割合　半減	
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