

国民健康保険料減免申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請人 住 所
氏 名
(電話 ー)

下記の事由により、国民健康保険料の減免を受けたいので長沼町国民健康保険条例第29条第2項の規定により申請します。

年 度	被保険者証番号		住 所		氏 名	
年度						
減 免 及 び 納 期 受 け よ う の 料 額	所 得 割	資 産 割	均 等 割	平 等 割	合 計	
	1 期	2 期	3 期	4 期		
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業 ・ 勤 務 先 等		
減 免 受 け よ う の 理 由						
添付書類	①罹災証明 ②その他事由を証明する書類					