

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

印

電 話

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3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										
※ 減免を受けようとする料額及び納期	所得割		資産割		均等割		平等割		合 計	
	-----		-----		-----		-----		-----	
	1 期	2 期	3 期	4 期	合 計					
	5 期	6 期	7 期	8 期						
家族状況	氏 名		続 柄	年 齢	職 業 ・ 勤 務 先 等					
減免を受けようとする理由	1. 天災、その他災害により損害を被ったため生活が著しく困難となった。 2. 疾病又は傷病等により減収し、生活が著しく困難となった。 3. 倒産、又は失業等により生活が著しく困難となった。 4. その他 ( )									
添付書類	①罹災証明 ②その他事由を証明する書類 (源泉徴収票、給与明細等)									

※減免を受けようとする料額及び納期欄は、上段に医療分を下段に介護分を記入してください。