

## 国民健康保険料減免申請書

【記載例】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 岡崎市長

(世帯主) 住所 岡崎市 十王町2丁目9番地

いずれかに○を付けてください。

氏名 国保 黒松  
(電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

(届出者) 氏名 岡崎 松子 続柄 子

次のとおりですので、令和6年度国民健康保険料を減免してください。

保険証記号番号

0123-4567

| 適用区分 (該当番号に○)   | 申請事項                     |  |                       |              |   |   |          |
|---|--------------------------|--|-----------------------|--------------|---|---|----------|
| (1) 公の扶助を受ける者 (生活保護減免)  | 保護開始年月日                  | 令和 年 月 日                                     | 保護決定年月日               | 令和 年 月 日     | 地域福祉課担当者確認                                    | 印   |          |
| (2) 令和5年中の所得金額が500万円以下で令和6年中の所得金額が1/2以下に減少すると認められる者 (所得減少減免)  | 別紙 (所得減少減免区分算定表) のとおり    |  |                       |              |   |   |          |
| (3) 納付義務者 (被保険者に限る) が、障がい者、寡婦又はひとり親で18歳未満の子を扶養する者で、令和5年中の所得金額が150万円以下である者 (障がい・寡婦 (ひとり親) 減免)                          | 1 納付義務者                  | ア 障がい者: 身体 (1級・2級・3級・4級) 精神 (1級・2級) 療育 (A・B) | イ 寡婦                  | ウ ひとり親       | 2 令和5年中の所得金額                                  | 合計所得 _____ 円 - 扶養親族数 × 33万円 _____ 円 = _____ 円 |          |
| (4) 納付義務者 (被保険者に限る) が、長期療養 (継続して6箇月 (入院にあっては入院の期間が継続して3箇月) 以上) を要する者又は賦課期日後に死亡した者で、令和5年中の所得金額が150万円以下である者 (長期療養減免)    | 1 長期療養                   | ア (入院・通院)                                    | イ 療養開始年月日 ( 年 月 日)    | 2 死亡         | ア 氏名 _____                                    | イ 死亡年月日 (令和 年 月 日)                            |          |
| (5) 納付義務者及び当該世帯に属する被保険者の令和5年中及び6年中の所得金額が、市民税の均等割を課されない金額以下である者 (非課税減免)  | 世帯主及び賦課期日現在世帯に属する被保険者の氏名 |  |                       |              |   |   |          |
|   | 国保 黒松                    | 岡崎 松子  |                       |              |   |   |          |
| (6) 震災、風水害等の自然災害又は火災その他これに類する災害により、納付義務者又は当該世帯に属する被保険者が所有し、かつ、居住の用に供する住宅又は家財について損害を受け、令和5年中の所得金額が1,000万円以下である者 (災害減免) | 1 被害の割合                  | ア 居住用住宅又は家財の価格の3/10以上5/10未満                  | イ 居住用住宅又は家財の価格の5/10以上 | 2 令和5年中の所得金額 | 合計所得 _____ 円 - 扶養親族数 × 33万円 _____ 円 = _____ 円 | 3 災害発生年月日                                     | 令和 年 月 日 |
| (7) 旧被扶養者に該当する者 (旧被扶養者減免)   | 氏名                       |  | 該当年月日                 | 年 月 日        | 非該当年月日  | 年 月 日   |          |

注 この申請書には、減免を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。

|    |    |    |
|----|----|----|
| 受付 | 入力 | 決定 |
|----|----|----|

|                 |  |
|-----------------|--|
| 世帯主宛名番号 (職員記載欄) |  |
|-----------------|--|

|     |
|-----|
| 収受印 |
|-----|