

国民健康保険料減免申請書							受付印
下記理由のため藤井寺市国民健康保険条例第24条により保険料の減免を申請します。なお、承認された後において、この申請内容に変化が生じた場合又は、虚偽のものであると認められた場合は減免措置の変更若しくは取消しをされても異議は申し立てません。 令和〇年　〇月〇〇日 被保険者記号番号　藤国　―　被保険者証中央上部6桁の数字 住　所　　　藤井寺市　住所 (電話　　　　　　　―　電話番号―) 氏　名　　　　　世帯主氏名 個人番号　マ イ ナ ン バ ― (省 略 可) 藤 井 寺 市 長 様							担当者氏名 渡 受
申請理由(該当する項目に☑をつけてください。)							
☒ 事業又は業務の不振、休廃止、失業等により所得が著しく減少したため(別添様式第2号) 【添付書類】・減少に至る事由発生日がわかるもの　・事由発生後の収入状況がわかるもの							
☐ 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により居住する住宅に著しい損害を受けたため 【添付書類】・罹災(被災)証明書							
☐ 被保険者が刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されたため 【添付書類】・収容(在所)証明書							
☐ 旧被扶養者であるため							
(申請理由・状況)詳しく書いてください。 □□ □□が××年××月××日に退職し、それ以後収入がありません。再就職の目途は現段階では ありません。なお、○○ ○○の営業収入については別添のとおりです。 							
世帯構成員	氏　名	続柄	生年月日	年齢	収入の有無	収入の種類・勤務先等	
	○○ ○○	世帯主	S○○年 ○○月 ○○日	○○	有・無	年金	
	□□ □□	妻	H□□年 □□月 □□日	□□	有・無	無し	
	△△ △△	子	R△△年 △△月 △△日	△△	有・無	無し	
			年　月　日		有・無		
			年　月　日		有・無		
			年　月　日		有・無		