様式第1号(第3条関係)

国民健康保険料　減免　申請書

受付印
担当者氏名
渡
受

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。

年　　月　　日

被保険者記号番号　藤国　―

住　所　　藤井寺市

（電話　　―　　―　　）

氏　名

個人番号

藤井寺市長　様

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。

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	年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	
			年　月　日		有・無	