

尼崎市長 あて 現年度・過年度随時(年度)

国民健康保険料減免申請書

被 保 険 者 証 番 号

次の理由により、保険料の納付が困難ですので減免を申請します。

令和 年 月 日

申請者(世帯主)

住 所 尼崎市

氏 名 申請
代理人 (続柄)

TEL 代理人
TEL

個人番号

減免を必要とする理由(該当番号に○、必要事項を記入してください。)

(1) 被災

令和 年 月 日に被災したため。被災内容は被災証明書(写)のとおり。

(2) 失業・廃業

①失業 ・ ②廃業

氏名()が、令和 年 月 日に

会社名・事業所名()を(退職・廃業)したため。

※所得制限あり⇒失業者個人の前年所得が500万円以下

※失業・廃業減免の対象所得は給与・営業のみです。年金所得等は減免の対象になりません。

添付書類(雇用保険受給者証(写)またはこれに代わるもの)の有無

有 ☐雇用保険受給者証(写) ☐離職票(写) ☐健康保険資格喪失証明書(写) ☐廃業届(写)
☐その他()

無 ☐交付されていない(年 月 日 電話にて退職確認済)

(3) 所得激減

世帯の総所得が前年度に比べて50%以上減少するため。

所得見込額は 郵送での手続きはできません 年中の収入状況申告欄」のとおり。

※所得制限あり=

(4) 特別減免

保険料が基準総所得の20%を超えるため。

(5) 旧被扶養者

社会保険の被扶養者であったが、被保険者本人が平成・令和 年 月 日に

後期高齢者医療制度に加入したため。

令和 年 月 日

尼崎市国民健康保険条例第22条の定めるところにより承認します。

オン賦課 済・未
決定通知書 交付・未交付
納付書 月分

本庁・阪塚・J尼・阪尼

課長	係長	係	チェック	受付	入力
					済・未