

受 付 印

年 月 日

世帶主氏名

電話番号 () —

通知書番号

下記の理由により別紙書類を添えて、保険料の減免を申請します。

(生年月日： 年 月 日)

支払いを困難とする申請理由（該当する番号と事由に○印をつけてください）

1. 事業又は業務の不振、休廃止、失業等の理由により、所得が著しく減少したため
 ・退職 ・事業の休廃止 ・事業の不振 ・給与の減少
 ・個人年金 又は 企業年金の受給終了
 ・その他 ()
 【減免事由が該当年月日： 年 月 日】
 (添付書類：①事実を証明する書類、②所得見込みがわかる書類、③収入状況報告書)

2. 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、居住する住宅について著しい損害を受けたため
- ・全壊 又は 全焼 又は 大規模半壊
 - ・中規模半壊 又は 半壊 又は 半焼
 - ・床上浸水 又は 消火のための損害
- 【減免事由該当年月日： 年 月 日】 （添付書類：罹災証明書等）

3. 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
【減免事由該当年月日： 年 月 日】（添付書類：収容証明書、在監証明書等）

4. 旧被扶養者に該当するため（国民健康保険組合は対象外）
【減免事由該当年月日： 年 月 日】 （添付書類：資格喪失証明書等）

市データ処理欄											
判定結果		適用月		申請理由				更正期別	減免率		
承認	不承認	開始 月	終了 月	所得減少	災害	拘禁	旧被扶養者	期	%		
不承認理由											
1	申告内容不備		2	未申告者あり		3	所得割額なし		4	限度額超過	
5	所得減少率30%未満		6	所得割なし(非失)		7	被害程度対象外		8	対象期間賦課なし	
9	年齢非該当(65歳未満)		10	被用者保険の旧被扶養者でない		11	その他()				
所得減少減免 不足書類(有・無) ※受付時、職員が必ず記入。									メモ欄		
受取日	名 前		不 足 書 類				期 間				
／			失業・給与・営業・年金・他()				()月分～()月分				
／			失業・給与・営業・年金・他()				()月分～()月分				
／			失業・給与・営業・年金・他()				()月分～()月分				
／			失業・給与・営業・年金・他()				()月分～()月分				
／			失業・給与・営業・年金・他()				()月分～()月分				
年 月 日OL処理			新規・更正		入力者	入力日 ／	確認者				
東大阪市国民健康保険条例第22条の規定により上記のとおり決定してよろしいか		決裁日 年 月 日		課長	総括主幹	主査	係員	受付者			
		起案日 年 月 日									