

国民健康保険料 減免申請書

この申請書は、北見市国民健康保険条例第35条に基づく、国民健康保険料の減免を受けるための手続きに使用します。

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

北見市長 様		(申請日) 令和 年 月 日	
下記のとおり申請します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	- -
住所	(建物名等)		

<申請理由>

新型コロナウイルス感染症の影響により
<input type="checkbox"/> 世帯主または世帯員が死亡、または重篤な傷病を負ったため
<input type="checkbox"/> 世帯主または世帯員の給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入が減少したため
<input type="checkbox"/> 世帯主または世帯員が事業を廃止、または失業したため

※ 減免を受けようとする理由を証明する書類(罹災証明書、火災保険支払決定書、給与証明又はその内容がわかる証明等)を添付してください。

北見市使用欄

<国保納付義務者の状況>

氏名		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
年度	通知書番号	保 険 料 額 (円)					合計
		第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	
		第6期	第7期	第8期	第9期	第10期	
1 減免額 _____ 円							
2 資格喪失による減額更正により減免対象賦課額なし							
3 同一月資格取得・喪失により賦課額なし							

本人確認	提出方法	審査	所得申告	入力	確認
①番・免・バ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員()	受付 No. _____	済・未		
②証・年金・児童・ パス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 同住() <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段		国保番号		
③ヒア	保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送		宛名番号		

