

国民健康保険料 減免申請書

申請者 住所 向日市		
納付義務者氏名		⑨ 電話 () -
届出者氏名		<input type="checkbox"/> 納付義務者と同一
令和 年 月 日 (宛 先) 向日市長		
下記の事由により、向日市国民健康保険条例第30条第2項の規定により国民健康保険料の減免を申請します。		
受 付 番 号	保 険 証 記 号 番 号	減 免 対 象 者 氏 名
	向 -	
減免を受けようとする理由(該当する減免理由に○をしてください。)		
1	前年の所得金額が200万円(控除対象配偶者又は扶養親族1名につき33万円を加算した額)未満であり、本年の所得金額が30%以上減少する見込みである。(所得減少減免)	
2	前年の所得金額が180万円未満であり、障害者、寡婦又はこれに準ずる者である。(障がい・寡婦減免)	
3	身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている。(身体障害1・2級減免)	
4	被爆者健康手帳の交付を受けている。(被爆者減免)	
5	震災、風水害、火災その他これらに類する災害又は盗難により、住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けた。(災害減免)	
6	国民健康保険法第59条の規定による給付制限を受けた。(給付制限減免)	
7	被用者保険の被保険者本人が後期高齢者医療制度に移行することで被扶養者の資格を喪失し、被保険者の資格を取得した日において65歳以上である(旧被扶養者減免)	
99	新型コロナウイルス感染症の影響により収入の減少が見込まれる場合等(新型コロナ減免)	

----- (向日市使用欄) 以下は記載しないでください -----

チェック項目	
<input type="checkbox"/> 1	前年中の所得金額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 (一時所得、譲渡所得を除く) 上記金額が、 130万円未満 ・ 200万円+ (扶養者数 × 33万円) 所得の減少見込み割合 100% ・ 70%以上 ・ 50%以上 ・ 30%以上
<input type="checkbox"/> 2	前年中の総所得金額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 上記金額が 150万円未満 ・ 180万円未満
<input type="checkbox"/> 3	身体障害者手帳区分 <input style="width: 50px;" type="text"/> 級
<input type="checkbox"/> 5	損害区分 <input style="width: 50px;" type="text"/> %以上
<input type="checkbox"/> 99	新型コロナウイルス感染症により、世帯主の死亡又は重篤な疾病 ・ 収入の減少 減少が見込まれる所得の種類及び収入の減少割合 <input style="width: 50px;" type="text"/> 所得 <input style="width: 50px;" type="text"/> % 減少が見込まれる所得以外の前年所得額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 世帯主の前年の合計所得金額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円
<input type="checkbox"/> 全て	添付書類の有無

上記のとおり国民健康保険料の減免申請がありましたので、向日市国民健康保険条例第30条及び附則第10条並びに同条例施行規則第11条及び附則第6項により(承認 ・ 不承認)してよろしいか。

決 裁	部 長	副 部 長	課 長	副 課 長	係 長	係 員	担 当 者	丙 1

決 裁 日 月 日 処 理 日 月 日 送 付 日 月 日