

【記載例】所得減少(退職、倒産、廃業、営業不振等)にかかる減免

令和 年度 国民健康保険料減免申請書

令和 △年 ○月 ×日

(提出先) 大阪市長

住所 大阪市北区中之島1丁目3番20号

申請書に記入漏れや不明な点があった場合は、ご連絡させていただきます。日中に連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。

申請者  
(世帯主)

氏名 国保 太郎

電話番号 ( 000-△△△△-×××× )

別紙「保険料減免の申請をされる方へ」について、担当者から説明を受け、内容を確認したうえで、次の理由により国民健康保険料の減免を申請します。  
なお、減免の承認後に状況の変化があった場合は、速やかに申し出ることを誓約します。

被保険者記号・番号	記号 阪国 北	番号 000×××
申請する減免の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 所得減少減免 <input type="checkbox"/> 災害減免 <input type="checkbox"/> 旧被扶養者減免 <input type="checkbox"/> 拘禁減免 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
減免事由該当者氏名	(旧被扶養者減免、拘禁減免の申請をされる場合に記入してください。)	
申請理由	事実発生日	令和 △年 ×月 ●日
	令和△年×月○日付けで退職したことにより収入が無くなったが、当面の間就職の目途が立たず保険料の納付が困難なため。	

注 所得減少減免を申請する場合は裏面も記入してください。

注 以下の欄は記入しないでください。

決 裁 官	係 員
事実発生日及び申請理由を記入し、事実を証明する書類の写しを添付してください。	
【事実発生日】 所得が減少した理由が発生した日を記載してください。 (例)退職日の翌日、廃業日の翌日等 ※発生した日が特定できない理由の場合、～年～月までの記載でも可。	
【申請理由】 所得が減少した理由を具体的に記載してください。 (例) ・退職により収入が無くなったため。 ・近隣に類似する店が開業したことにより客が減少し、売上が減少しているため。 ・入院により経営する店舗の営業ができず、収入が途絶えているため。 ・物価の高騰により原材料の仕入れ先が×月より値上げを行ったが、他店との競争から商品へ価格転嫁できず、利益が減少しているため。	
○必要な書類等、所得減少減免の申請の詳細については、「国民健康保険料 所得減少減免申請のご案内」をご覧ください。	
考 査 官	

