

令和 △ 年度 国民健康保険料減免申請書

令和△年△月△日

(あて先) 大阪市長様

住所 大阪市北区中之島1丁目3番20号

申請書に記載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載ください。

申請者
(世帯主)

氏名 国保 太郎

電話番号 (△△△-△△△-△△△)

加紙「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。

被保険者証記号・番号	記号 阪国 北	番号 999999
減免事由該当者氏名	国保 太郎	
申請理由	(理由) ※減免申請理由を記載してください。 後期高齢者医療制度創設に伴う減免を申請します。	
	<input type="checkbox"/> 大阪市国民健康保険料徴収猶予... 第2項第1号に基づく所得減少減免 <input type="checkbox"/> 大阪市国民健康保険料徴収猶予... 第2項第2号に基づく災害減免 <input checked="" type="checkbox"/> 大阪市国民健康保険料徴収猶予... 第3号に基づく旧被扶養者減免 <input type="checkbox"/> 大阪市国民健康保険料徴収猶予... 第4号に基づく拘禁減免 <input type="checkbox"/> その他 ()	

注 以下の欄は記入しないでください。

決	起案日	担当	係員
申請理由を記載し、旧被扶養者異動連絡票(※)をお持ちの場合は、添付してください。 【申請理由例】 後期高齢者医療制度創設に伴う減免を申請します。 【事実を証明する書類】 旧被扶養者異動連絡票 ※前住所(市外)において後期高齢者医療制度創設に伴う減免が適用されていた方に対して、前住所の市区町村が発行する書類です。			
<p>申請書裏面への記載は不要です。</p>			
備考	<input type="checkbox"/> 申請時点では該当する事実が確認できないため、審査を保留します。(営業不振)	確認欄	(担当)課長 (担当)課長代理 係員
		審査保留	減免申請 受付 入力
備考欄記入日 (. .)	担当者 ()	係員	営業不振 受付 入力