

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 (〇〇〇-△△△△-××××)

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 〇〇〇×××
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。 <div>【離職理由11】</div>	

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。

◆所得の減少を理由とする減免を申請する場合、申請書裏面への記入も必要です。

◆また右下に、雇用保険受給資格者証の交付を受けた方は離職理由欄のコードを、離職票の交付を受けた方は離職区分欄のコードを、それぞれ記入して下さい。例:〔離職理由11〕

被雇用者であったが雇用保険受給資格者証・離職票のいずれも交付を受けていないかたは、
「特定受給資格者及び特定理由離職の範囲と判断基準」(厚生労働省HP掲載)をご確認頂き、
特定受給資格者または特定理由離職者に該当する場合は該当する番号を、該当しない場合は
「一般」と記入して下さい。例:〔特定理由離職者Ⅱ①〕

※これは減免する保険料の公費負担を区分するうえで必要なためご記入いただくものですが、
減免を受けるために必要な要件ではありません。これらに該当しない場合でも、所得減少減免
の要件に該当する場合は、減免を受ける事はできます。

※ 「前年中の収入」と「収入の見込み」のどちらも「なし」と回答された方以外全員について、収入状況申告書（別紙）の提出が必要です。

世帯内の被保険者の収入状況について、次のとおり申告します。

No.	氏名	前年中の収入 (どちらかに☑)	収入の見込み (どちらかに☑)	添付書類 (どちらかに☑)	年間見込み所得額
1	国保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	円
2	国保 花子	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	円
3	国保 三郎	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	円
4		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	円
5	<p>・世帯内の被保険者全員(擬制世帯主を除く)について、「氏名」、「前年中の収入」と「収入の見込み」の有無を記載してください。</p>				円
6	<p>・「前年中の収入」と「収入の見込み」のいずれも「なし」である方を除き、別紙の収入状況申告書の提出が必要です。</p>				円

・前年中に比べて見込の方が所得が減少している方については、減少した理由や減少後の所得が確認できる書類を提出してください。

円

提出書類 (必要)

- ☑ 国民健康保険料減免申請書（この用紙）
- ☑ 所得減少事由・事実発生日が確認できる書類
- ☑ 収入状況申告書（別紙）
※ 世帯内の被保険者のうち、「前年中の収入」と「収入の見込み」どちらも「なし」と回答された方以外全員の分が必要です。
- ☑ 減少後の所得が確認できる書類
※ 所得が減少した方全員分の提出が必要です。（減少していない方は提出不要）

※職員記入欄

提出する書類にチェックをつけてください。
申請される際には提出が必要な書類に漏れがないかよくご確認ください。

- ・添付資料
- | | |
|-----|---|
| 第1号 | 雇用保険受給資格者証・離職票・退職証明書・源泉徴収票・給与明細書・廃業届・診断書
休業証明書・入院証明書・所得申告書（控）・資格喪失証明書（退職日記入済）
青色申告決算書・収支内訳書
その他（ |
| 第2号 | り（被）災証明書・火災保険等の契約に基づく損害状況判定資料
その他（ |
| 第3号 | 旧被扶養者異動連絡票（市外転入者のみ） |
| 第4号 | 収容証明書・在所証明書・その他（ |
- ・遡及適用における添付資料（申立書・理由書・その他（

・備考欄