

整理番号

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 _____
申請者
(世帯主) 氏 名 _____
電話番号 () _____

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	番号
申請する減免の区分	☐ 所得減少減免 ☐ 災害減免 ☐ 旧被扶養者減免 ☐ 拘禁減免 ☐ 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

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	保険料減免申請に基づき 調査した結果、次のとおり 決定します。	起案日	区 長	(担当) 課長	(担当) 課長代理	担当 係長	担当 係長		係 員
		(. .)							
		決裁日							
		(. .)							
決 定	1 減免承認 提出された資料等により、該当する事実が確認出来たため。 ・減免適用 第1号 [退職(通常・非自発)・休業・営業不振 ・倒産・廃業・その他()] による見込所得の 第2号 (災害) 第3号 (旧被扶養者) 第4号 (拘禁) その他 () ・算定期間 令和 ____ 年 ____ 月 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ☐ 遡及適用(理由は別紙のとおり) ・適用減免額は国民健康保険料減額・減免結果票のとおり 2 減免不承認 不承認通知書により世帯主あて通知します。不承認通知(. .)								
備 考	☐ 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。 備考欄記入日 (. .) 担当者 ()	確 認 欄	審 査 保 留	(担当) 課長	(担当) 課長代理	処 理 欄	減免 申請	審査 保留	
							受 付	受 付	
				担当係長	係 員		入 力	入 力	

・備考欄