

尼崎市長 あて 現年度・過年度随時( 年度)

被 保 険 者 証 番 号

国 民 健 康 保 険 料 減 免 申 請 書

4 5 6 7 8 9 0

令和 2 年 11 月 25 日

次の理由により、保険料の納付が困難ですので減免を申請します。

申請者(納付義務者)

所得激減\_\_記入例

住 所 尼崎 市 東 七 松 町 1 丁 目 23 番 1 号

氏 名 尼崎 太郎 印 電話番号 090-0000-0000

減免を必要とする理由(該当番号に○、必要事項を記入してください。)

(1) 被災

令和 年 月 日に被災したため。被災内容は被災証明書(写し)のとおり。

(2) 失業・廃業

①失業 ・ ②廃業

氏名( )が平成・令和 年 月 日に

会社名・事業所名( )を(退職・廃業)したため。

※所得制限あり⇒失業者個人の前年所得が500万円以下

※失業・廃業減免の対象所得は給与・営業のみです。年金所得等は減免の対象になりません。

添付書類(雇用保険受給者証(写)又はこれに代わるもの)の有無

有  雇用保険受給者証(写)  離職票(写)  健康保険資格喪失証明書(写)  廃業届(写)

その他( )

無  交付されていない(R . . . . . 電話にて退職確認済み)

(3) 所得激減

世帯の総所得見込額が前年の世帯の総所得と比較して50%以上減少するため。

所得見込額は裏面の「家族状況及び令和 2 年中の収入状況申告欄」とおり。

※所得制限あり⇒世帯の前年所得500万円以下

所得激減については裏面の記入も忘れずをお願いいたします。

(4) 特別減免

保険料が基準総所得の20%を超えるため

(5) 旧被扶養者

社会保険の被扶養者であったが、被保険者本人が令和 年 月 日に後期高齢者医療制度に加入したため

個人番号

令和 年 月 日  
尼崎市国民健康保険条例第22条の定めるところにより承認します。

本庁・阪塚・J尼・阪尼・  
( )証明コーナー

課長	係長	係	受付	入力
				済・未

## 家族状況及び令和2年中の収入状況申告欄

	続柄	職業	収入金額
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">           尼崎 太郎         </div> <small>生年月日 昭 平 . . . . .</small> <small>個人番号</small>	男・女 世帯主	会社員	800,000円
		<small>給 営 農 他 不 利 配 年 そ (</small> <small>与 業 業 業 産 子 当 金 他 )</small> <small>事 動 の</small>	所得金額 150,000円
<small>生年月日 昭 平 . . . . .</small> <small>個人番号</small>	男・女	給 営 農 他 不 利 配 年 そ (	所得金額
<small>生年月日 昭 平 . . . . .</small> <small>個人番号</small>	男・女	給 営 農 他 不 利 配 年 そ (	所得金額
<small>生年月日 昭 平 . . . . .</small> <small>個人番号</small>	男・女	給 営 農 他 不 利 配 年 そ (	所得金額
<small>生年月日 昭 平 . . . . .</small> <small>個人番号</small>	男・女	給 営 農 他 不 利 配 年 そ (	所得金額
所 得 金 額 合 計			
<p>上記の所得が、確定申告または一般申告をした所得と相違する場合は、減免をした額の全部または一部を取り消され、その差額を一時に徴収されても異議ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 2年 11月 25日</p> <p>申請者(納付義務者)</p> <p>住 所 <u>尼崎市東七松町1丁目23番1号</u></p> <p>氏 名 <u>尼崎 太郎</u> <span style="float: right;">(印)</span></p>			

所得激減の減免の際は下記の内容にご納得いただいた上で、世帯主の署名及び捺印をお願いいたします