

国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市長

住 所 新潟市
世帯主 _____ 印
電話 _____ () _____

新潟市国民健康保険条例第 21 条の規定により、下記のとおり国民健康保険料の減免を申請します。
なお、申請に必要な世帯主及び世帯員の令和元年中の収入(所得)状況等を、市担当者が確認することについて同意します。

国 保 番 号		— —	
国民健康保険料	円	減 免 申 請 額	円
医 療 分	円	医 療 分	円
支 援 分	円	支 援 分	円
介 護 分	円	介 護 分	円

減 免 申 請 の 理 由 (該当する理由をチェックしてください)	新型コロナウイルス感染症の影響で <input type="checkbox"/> (1) 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病負ったため <input type="checkbox"/> (2) 主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれるため
添 付 書 類	理由が (1) の場合 死亡診断書、医師の診断書のコピー 理由が (2) の場合 主たる生計維持者の ・収入見込額等申告書 ・令和元年中の収入及び所得が確認できる書 ・申請月直近までの令和 2 年中の収入の確認できる書類 ・事業の廃止又は失業の場合はそれが確認できる書類

世 帯 構 成 (国民健康保険に加入していない世帯員も記入し、加入している方には○印を記入してください。)

氏 名	続 柄	年 齢	国保加入	勤 務 先 等 (注 1)	現在の収入(所得)月額
	世帯主				

注 1 減免申請理由の事実を証明する書類を添付してください。
2 太枠の中を記入してください。

整 理 番 号

--	--