瀬戸市国民健康保険料減免申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）瀬戸市長

申請者（世帯主）
住　所　瀬戸市

氏　名

個人番号

電話番号

申請者との関係
記入者氏名　　（　　）

次のとおり延滞金・保険料を減免してください。

整理番号		保険証番号	
減免対象者	生年月日（M・T・S・H・R　年　月　日） 個人番号		
減免該当条項	条例第１９条（延滞金）　条例第２１条（保険料）		
納期限及び保険料・延滞金の額	平成・令和　年度国民健康保険料		
減免を必要とする理由 ＊該当するものに○をつけてください。	退職等	１　退職（自己都合）による所得減（　年　月　日退職） 自己都合・定年退職・解雇・契約期間終了・（　　）	
		２　廃業による所得減（　年　月　日廃業）	
		３　その他の理由による所得減（　　）	
	療養	４　負傷又は疾病により、６か月以上療養中	
	災害	５　災害による損害金額が10分の５以上 ６　災害による損害金額が10分の３以上10分の５未満	
	その他	主たる生計維持者がコロナウイルスにより死亡、または重篤な傷病を負ったため。	
対象となる前年の収入額	円	対象となる今年の収入見込額	円

※　減免を必要とする理由が消滅した場合、減免は非該当となります。

本人確認	個人番号ｶｰﾄﾞ　免許　年金手帳　離職票 通帳　受給者証　診断書等	個人番号記載	申請者欄	申請者・市	受付者	
			対象者欄	申請者・市		