

# 国民健康保険料減免申請書

※下記の太枠の中をご記入ください。

|                           |   |              |      |  |                 |
|---------------------------|---|--------------|------|--|-----------------|
| 被保険者証                     | 記号  | 1 3 -        | 番号   |  | 世帯主名            |
| 住所                        | 渋谷区   |              |      |  | ( T・S・H 年 月 日 ) |
| 令和 年度賦課・令和 元 年度相当保険料賦課額   |   |              |      |  |                 |
| 2月・3月納期分                  | 2月・3月相当分  |              |      |  |                 |
| 令和 2 年度賦課・令和 2 年度相当保険料賦課額 |   |              |      |  |                 |
| 均等割額                      | 所得割額  | 合計保険料額       |      |  |                 |
|                           |   |              |      |  |                 |
| 減免申請事由                    | ↓いずれか該当する事由にチェックしてください。   |              |      |  |                 |
|                           | <input type="checkbox"/> (1) 新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った。<br><input type="checkbox"/> (2) 新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれる。  |              |      |  |                 |
| 添付書類                      | (1) 主たる生計維持者の死亡又は重篤な傷病<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の影響により死亡又は重篤な傷病を負ったことを証する書類  |              |      |  |                 |
|                           | (2) 事業収入等の減少<br><input type="checkbox"/> 申立書<br><input type="checkbox"/> 事業等の廃止、失業、所得の減少を証する書類  |              |      |  |                 |
| 上記のとおり申請します。              |   |              |      |  |                 |
| 令和 年 月 日                  |   | 住所 _____     |      |  |                 |
| 申請者                       |   | 氏名 _____     |      |  |                 |
|                           |   | 電話 ( ) _____ |      |  |                 |
| 渋谷区長 様                    |   |              |      |  |                 |
| 本人確認                      | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |      |  | 受付印             |
|                           | 担当者   |              | 受理番号 |  |                 |