

新型コロナウイルス感染症の影響による
国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日

天理市長 様

住 所
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
電 話 ()

国民健康保険料を納付することが下記の理由により困難なため、天理市国民健康保険条例第24条の規定に基づき、減免を受けようとする理由を添えて申請します。

記

納付義務者名			
減免申請年度	令和 年度	通知書番号	
保 険 料 額	円		
〔減免を受けようとする理由〕 該当する□にチェック☑をお願いします			
<input type="checkbox"/> (1) 主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため			
<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			
<input type="checkbox"/> (3) 主たる生計維持者が事業等の廃止又は失業したため			
減免の申請にあたって、次の事項について同意します。			
<input type="checkbox"/> 申請後、必要があるときは、保険者が私の世帯の収入の状況等について、官公署に必要な資料の提供を求め、又はその他の機関に報告を求めること。			