

国民健康保険料減免申請書

様式 12

決 裁	年 月 日									承 認	減 免 保 険 料		
	理事長	常務理事	事務長	課 長	係 長	係 長	係				円		
被保険者証の記号番号			新 建 一			賦課された 保 険 料	円		減免を必要とする額	円			
減免申請の理由（具体的に書いて下さい。）				世 帯 構 成 員 (国保の被保険者でない人も記入してください。 国保の被保険者は国保加入欄に○印を記入してください。)									
						続 柄	年 齢	国保 加入	勤務先・営業所名・学校名 (学年)			現在の収入所得 月額 円	
				1	組合員								
				2									
				3									
				4									
				5									
6													
(注) 罹災証明書・世帯構成員の所得金額証明書を添付してください。													
				支 部 名					支 部 長 印				

新潟県建築国民健康保険組合規約第24条の規定により上記のとおり国民健康保険料の減免の申請をいたします。

令和 年 月 日

組合員 住 所
〒

氏 名

印

新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿

電 話 ()