

令和8年度 国民健康保険料減免申請書(所得減少)

【非自】 No. ※担当者記入欄

(あて先)寝屋川市長

令和 年 月 日

寝屋川市国民健康保険条例第30条第2項の規定により、国民健康保険料の減免を申請します。
 なお、申請に当たり、以下に記載の、(1)~(6)の「申請における確認事項」を確認し、同意・誓約します。

申請者 氏名 (自署)		住所	寝屋川市	電話 番号	
				世帯主 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他()※要委任状
世帯主 (納付義務者) 氏名	【 <input type="checkbox"/> 同上⇒記入不要】	住所	寝屋川市【 <input type="checkbox"/> 同上⇒記入不要】	記号 番号	寝国000
				生年 月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日

■申請における「確認事項」

- (1) 申告した内容に間違いはありません。誤りが判明した場合、減免承認が取り消されても異議はありません。
- (2) 申請内容の確認や減少率の計算(再計算)のため、世帯の所得情報を担当職員が確認することに同意します。
- (3) 申請後、次の①・②となった場合、速やかに申し出ます。
 ① 前年中の所得状況又は申請後の所得状況の変更 ② 世帯構成の変更(加入者増減・世帯主変更など)
- (4) (3)の①・②により、減少率を再計算した結果、減免額の変更や減免が適用外になる場合があります。
- (5) 申請手続き前に納期限を経過した保険料、すでに納付した保険料は減免の対象になりません。
- (6) 減免申請は毎年度必要です(翌年度も要件に該当する可能性がある人は、再申請が必要)。

■申請事由と必要書類

事由	必要書類	提出方法
<input type="checkbox"/> 離職・退職	離職日が分かる書類 社会保険資格喪失証明書、離職票、雇用保険受給資格者証など	■郵送提出(推奨) 返信用封筒に(1)~(3)を同封 (1)記入した申請書 (2)必要書類(写し) (3)世帯主の本人確認書類(写し) 【マイナンバーカード・運転免許証など】 ※窓口相談後での郵送申請は、(3)不要 ■窓口提出 (1)記入した申請書 (2)必要書類(写し) (3)申請者の本人確認書類(原本) 【マイナンバーカード・運転免許証など】
<input type="checkbox"/> 給与の減少	減少後2・3か月分の給与明細書など	
<input type="checkbox"/> 年金の減少	年金受給額が分かる証明書 ①年金額改定通知書・②年金額振込通知・③公的年金等の源泉徴収票など	
<input type="checkbox"/> 事業休廃止	休廃業届出書など	
<input type="checkbox"/> 事業不振	帳簿、見込みで作成した青色申告決算書など	

■申立欄(必要書類が提出できない場合に記入)

右の理由で、必要書類の提出ができませんが、世帯の所得状況は、裏面の収支報告書のとおりで間違いありません。	理由	<input type="checkbox"/> 国保加入時に提出した <input type="checkbox"/> 雇用先から書類がもらえない <input type="checkbox"/> その他	申請者氏名 (自署)
--	----	---	---------------

裏面『世帯の所得状況(減少後の見込み所得)収支内訳書』も「必ず」記入してください。

【以下担当者記入欄】

相談	受付	必要書類	新規	減免期間	減少率	システム入力	入力確認	通知発送	該当確認	備考
【有・無】		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不足 <small>※申立書署名確認</small>	再計算	令和 年 月	%			月例月後	<input type="checkbox"/> 非自発	
				令和 年 月					<input type="checkbox"/> 限度額超過	
		結果		令和 年 月					<input type="checkbox"/> 産前産後	備考
【相談方法】 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 電話	【受付方法】 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		令和 年 月				月例月後		

世帯の所得状況(減少後の見込み所得)収支内訳書

■被保険者全員(未成年者を除く)の令和8年の所得状況(見込み)についてご記入ください。

続柄	世帯主(国保加入者)	世帯員(1)	世帯員(2)	
氏名	<input type="checkbox"/> 擬制世帯主(国民健康保険に加入していない世帯主) →以下記入不要	昭和・平成	昭和・平成	
生年月日		年 月 日生	年 月 日生	
所得減少(増加)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(以下記入不要)			
※前年中と同水準の所得(減少や増加がない)の場合は、記入不要				
①給与収入				
減少事由発生日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職日以降収入なし →以下記入不要	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職日以降収入なし →以下記入不要	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職日以降収入なし →以下記入不要	
減少後収入額 ※最大3か月	月 円	月 円	月 円	
	月 円	月 円	月 円	
	月 円	月 円	月 円	
②年金等収入				
年金種別	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 年金基金 企業年金など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 年金基金 企業年金など	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 年金基金 企業年金など	
収入額 (年額・見込み)	<input type="checkbox"/> 前年と同水準→記入不要 円	<input type="checkbox"/> 前年と同水準→記入不要 円	<input type="checkbox"/> 前年と同水準→記入不要 円	
・①前年と同水準の場合、②遺族年金・障害年金は記入不要 ・今年中に年金支払額が変更になる場合(65歳に到達する人など)は年金額を確認できる書類を添付				
③その他収入				
所得種別 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 事業収入(営業・農業など) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 事業収入(営業・農業など) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 事業収入(営業・農業など) <input type="checkbox"/> その他()	
減少事由発生日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 休廃業日以降収入なし →以下記入不要	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 休廃業日以降収入なし →以下記入不要	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 休廃業日以降収入なし →以下記入不要	
減少後所得 ※直近3か月	収入金額 (売上・賃貸料等)	円	円	円
	必要経費(※)	円	円	円
	所得 (収入-必要経費)	月 円	月 円	月 円
	収入金額 (売上・賃貸料等)	円	円	円
	必要経費(※)	円	円	円
	所得 (収入-必要経費)	月 円	月 円	月 円
	収入金額 (売上・賃貸料等)	円	円	円
	必要経費(※)	円	円	円
	所得 (収入-必要経費)	月 円	月 円	月 円

(※)必要経費とは…仕入金額・地代家賃・水道光熱費・旅費交通費・通信費・運搬費・農業・肥料代・燃料費など