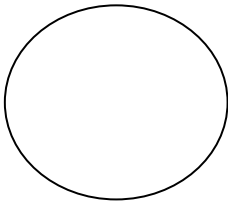


(提出先) 松 山 市 長



国 民 健 康 保 険 料 減 免 申 請 書

住所
申 請 者
(納付義務者) 氏名
電話() -

松山市国民健康保険条例第24条の規定により減免の申請をします。

被 保 険 者 番 号	松国保									申請する期間	令和 年 月から
通 知 書 番 号											令和 年 月まで
【申請理由】(詳しく記入して下さい)											
【所得の状況】 前年度までの所得を具体的に記入して下さい。また失業・廃業(休業)の場合は、年月日及び理由を記入して下さい。											
*所得状況 _____											
*失業・廃業(年 月 日) *休業(年 月 日～ 年 月 日)											
理由()											
【疾病の状況】 *該当者のみ記入して下さい。 1ヶ月当たりの総医療費(円)											
世帯主	病			入・通院 年 月 日～継続中・終了(年 月 日)							
家 族	名			入・通院 年 月 日～継続中・終了(年 月 日)							
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	国保加入 有無	職 業	収 入 状 況 (種 類 ・ 金 額)					
		世帯主				・給与 ・年金()					
	・その他() (月額 円)										
						・給与 ・年金()					
	・その他() (月額 円)										
						・給与 ・年金()					
	・その他() (月額 円)										
						・給与 ・年金()					
・その他() (月額 円)											
					・給与 ・年金()						
・その他() (月額 円)											
住 居	持 家 ・ 借 家 (家賃月額 円)	資 産			負 債	(内訳) 円	受 付				

*証明関係書類添付 有・無