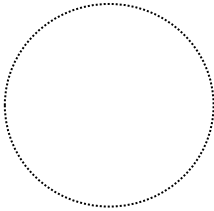


(提出先) 松 山 市 長



国民健康保険料減免申請書

住所 _____
 申請者 _____
 (納付義務者) 氏名 _____ 印
 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。

保険証番号	松国保									申請する期間	年 月から
通知書番号											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	病名									入・通院	年 月 日～継続中・終了(年 月 日)
家族	病名									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	性別	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)					
住居	持家・借家 (家賃月額 円)	資産				負債	(内訳)	受付			