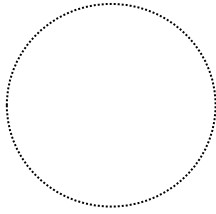


(提出先) 松 山 市 長



国民健康保険料減免申請書

申請者 (納付義務者) 住所 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。

Table with insurance number, notification number, and application period (令和 年 月から 令和 年 月まで).

【申請理由】(詳しく記入して下さい)

Large empty box for application reasons.

【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)

Table for medical status with columns for household head, name, hospitalization dates, and total medical fees.

Main family status table with columns for name, household role, age, insurance status, occupation, and income details (allowance, pension, other).

Table for housing and assets with columns for residence type, assets, liabilities, and payment status.

*証明関係書類添付 有・無