

国民健康保険一部負担金減免等申請書

被保険者 記号番号		療養の給付 を受ける者 の氏名		生年 月日	年 月 日
				世帯主 との続柄	
傷病名			発病又は 負傷年月日		
申請区分	<input type="checkbox"/> 減 額 <input type="checkbox"/> 免 除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予		事由		

三木町長 殿

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者（世帯主）

住所

氏名

生活状況報告書

年 月 日

三木町長 殿

申告者 住所
(世帯主) 氏名

下記のとおり、私および被保険者の生活状況について報告します。

氏名		職業					
収入状況	収入の種類	<input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他 ※給与収入のみの方については収入状況欄の記入が不要です。 給与証明書（様式第3号）を提出してください。					
	実収入月額		当月分	前月分	前々月分	備考	
	実収入月額の 内訳	収入額 (円)	事業(売上)				
			賃料(家賃)				
			利子配当				
			年金				
			雇用保険				
			子ども手当				
			仕送り				
	小計 (ア)						
支出額 (円)	事業等の必要経費						
	税金・社会保険料						
	医療費						
	小計 (イ)						
差引収入額 (円) (ア) - (イ)							
土地 建物	居住用資産面積 (1)		その他資産の面積 (2)		合計面積 (1) + (2)		
	土地	m ²	土地	m ²	土地	m ²	
	家屋	m ²	家屋	m ²	家屋	m ²	
預貯金等	預貯金		円				
	有価証券		円				
住居	<input type="checkbox"/> 持ち家						
	<input type="checkbox"/> 借家・借間 (借料 円/月)						
その他 資産							

<記入上の注意>

- 1 世帯主および収入のある被保険者全員について、個人ごとに記入してください。
- 2 「収入状況」の「事業等の必要経費」の欄は収入を得るために必要な交通費、材料代、仕入代等の経費の総額を記入してください。

給 与 証 明 書

年 月 日

所在地
事業所名
事業主(雇主)名
電話番号

印

下記のとおり証明します。

住 所		職名及び 職務内容	
氏 名			
区 分		今月分	前月分
勤務日数		日	日
給 与 額	基本給	円	円
	扶養手当（ 人）	円	円
	住居手当	円	円
	通勤手当	円	円
	時間外手当	円	円
		円	円
		円	円
		円	円
	小計 (ア)	円	円
	控 除 額	所得税	円
住民税		円	円
健康保険料		円	円
厚生年金保険料		円	円
雇用保険		円	円
労働組合費		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
小計 (イ)		円	円
差引給付額 (ア) - (イ)	円	円	

<記入上の注意>

- この証明書は、国民健康保険一部負担金の減免・徴収猶予の申請のため、三木町長に対し、世帯主が生活状況を申告する場合に必要なものです。
- 今月及び前2箇月分の期間におけるすべての給与額及び控除額（今月分は見込額）について、それぞれ内訳を記入してください。

年 月 日

三木町長 殿

申請者 住所
(世帯主)
氏名

調 査 同 意 書

私は、三木町国民健康保険一部負担金の免除、減額及び徴収猶予に関する取扱要綱に基づく審査、決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の収入状況、資産、動産について、三木町が官公署、銀行、信託会社、保険会社、証券会社、雇主その他関係人（以下「官公署等」という。）に対し、報告、必要な書類の閲覧又は資料の提出を求めることに同意します。

また、三木町からの書類の閲覧若しくは資料提供要求又は報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を官公署等に伝えてまいります。

年 月 日

様

三木町長 印

国民健康保険一部負担金減免等承認（不承認）決定通知書

年 月 日付で申請のあった事項について審査した結果、次のとおり承認（不承認）としたので通知します。

被保険者記号番号			
療養の給付を受ける者の氏名		生年月日	年 月 日
世帯主	住所		
	氏名		
傷病名			発病又は負傷年月日
			年 月 日
承認区分 <input type="checkbox"/> 減額 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予	適用割合・期間 割合 割 期間 か月 (年 月 日から 年 月 日まで)		
<input type="checkbox"/> 不承認 不承認の理由			

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に香川県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三木町を被告として（訴訟において三木町を代表する者は三木町長となります。）、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

様式第7号（第10条関係）

国民健康保険一部負担金納入誓約書

三木町長 殿

私は、三木町国民健康保険一部負担金に係る徴収猶予される 金 円
（ 年 月診療分）については、 年 月 日までに納入することを
誓約します。

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
電話番号

連帯保証人 住 所
氏 名 印
電話番号

年 月 日

様

三木町長 印

国民健康保険一部負担金減免等取消通知書

年 月 日付で承認決定した一部負担金減免等について、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者記号番号			
療養の給付を受ける者の氏名		生年月日	年 月 日
世帯主	住所		
	氏名		
傷病名			発病又は負傷年月日
			年 月 日
取消区分 <input type="checkbox"/> 減額 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予	取消割合・期間 割合 割 期間 か月 (年 月 日から 年 月 日まで)		
取消理由			

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に香川県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三木町を被告として（訴訟において三木町を代表する者は三木町長となります。）、この決定の取消しの訴えを提起することができます。