

令和8年度国民健康保険料減免申請書

受付印

(宛先) 東大阪市長

年 月 日

住所 東大阪市

世帯主氏名

電話番号 ( ) -

被保険者番号

下記の理由により別紙書類を添えて、保険料の減免を申請します。

**減免事由該当者氏名：** (生年月日： 年 月 日)

支払いを困難とする申請理由 (該当する番号と事由に○印をつけてください)

1. 事業又は業務の不振、休業止、失業等の理由により、所得が著しく減少したため  
 ・退職 ・事業の休業止 ・事業の不振 ・給与の減少  
 ・個人年金 又は 企業年金の受給終了  
 ・その他 ( )  
 【減免事由該当年月日： 年 月 日】  
 (添付書類：①事実を証明する書類、②所得見込みがわかる書類、③収入状況報告書)

2. 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、居住する住宅について著しい損害を受けたため  
 ・全壊 又は 全焼 又は 大規模半壊  
 ・中規模半壊 又は 半壊 又は 半焼  
 ・床上浸水 又は 消火のための損害  
 【減免事由該当年月日： 年 月 日】 (添付書類：罹災証明書等)

3. 被保険者が刑事施設、労務場その他これらに準ずる施設に拘禁されたため  
 【減免事由該当年月日： 年 月 日】 (添付書類：収容証明書、在監証明書等)

4. 旧被扶養者に該当するため (国民健康保険組合は対象外)  
 【減免事由該当年月日： 年 月 日】 (添付書類：資格喪失証明書等)

市データ処理欄										
判定結果		適用月		申請理由				更正期別	減免率	
承認	不承認	開始	終了	所得減少	災害	拘禁	旧被扶養者	期	%	
		月	月							
不承認理由										
1	申告内容不備		2	未申告者あり		3	所得割額なし		4	限度額超過
5	所得減少率30%未満		6	所得割なし(非失)		7	被害程度対象外		8	対象期間賦課なし
9	年齢非該当(65歳未満)		10	被用者保険の旧被扶養者でない		11	その他( )			

**所得減少減免 不足書類 (有・無) ※受付時、職員が必ず記入。** メモ欄

受取日	名前	不足書類	期間
/		失業・給与・営業・年金・他( )	( )月分～( )月分
/		失業・給与・営業・年金・他( )	( )月分～( )月分
/		失業・給与・営業・年金・他( )	( )月分～( )月分
/		失業・給与・営業・年金・他( )	( )月分～( )月分
/		失業・給与・営業・年金・他( )	( )月分～( )月分

年 月 日 O L 処理	新規・更正	入力者	入力日	確認者
		/		

東大阪市民健康保険条例第22条の規定により上記のとおり決定してよろしいか	決裁日 年 月 日	課長	総括主幹	主査	係員	受付者
	起案日 年 月 日					