

保険番号

令和 年度国民健康保険料減免申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者	住所	
		電話番号 ()
	氏名	
	個人番号	

下記の理由により，柏市国民健康保険条例第28条の規定に基づき保険料の減免を申請します。

納付義務者	住所										
	氏名										
	個人番号										
年額保険料		減免対象保険料				減免対象期別					
円		円				第 期 ～ 第 期					
減免を必要とする具体的事由及び今後の収入，生活の見通し											

申請に当たって

減免の可否を決定するにあたり，資料の提出，質問に対する回答にご協力をお願いします。