

柏市国民健康保険に係る減免及び徴収猶予申請書

柏市長 あて

次の項目について、減免及び徴収猶予を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

減免及び徴収猶予の審査のために必要があるときは、被保険者本人及びその世帯の審査に必要な項目を職員が調査すること、または関係人に報告を求めることに同意します。

申請する項目 (各項目は令和8年8月13日以降分が対象)	☐ 柏市国民健康保険料の減免 ☐ 柏市国民健康保険料の徴収猶予 ☐ 一部負担金の減免
---------------------------------	---

フリガナ 申請者氏名		世帯主との 関係	本人・配偶者・子 その他()
申請者住所	電話番号: ()		

☐ 申請者と同一

フリガナ 世帯主氏名		生年 月日	昭・平 年 月 日
世帯主住所	電話番号: ()		
被保険者番号			
申請理由	令和8年8月13日の豪雨災害により資産に重大な損害を受け、生活が著しく困難であるため、上記項目について申請します。		
申請について	☐ 今回の減免及び徴収猶予申請について、世帯主が了承しています。 ☐ 資産について、家財保険等での補填はありません。 ☐ 一部負担金について、裏面に記載のとおり3か月間の減免を申請します。		

添付書類	☐ 罹災証明書(写し) ☐ 損害金額をまとめたもの ☐ 補填される金額が分かるものの写し ☐ その他()
------	--

以下の75歳未満の対象者について、3か月間の一部負担金減免を申請します。

氏名	生年月日	8月13日～申請日までの受診
	昭・平・令 年 月 日	無 ・ 有 () ・ 不明 ※有の場合は8/13以降最初の受診日を()内に記載
	昭・平・令 年 月 日	無 ・ 有 () ・ 不明 ※有の場合は8/13以降最初の受診日を()内に記載
	昭・平・令 年 月 日	無 ・ 有 () ・ 不明 ※有の場合は8/13以降最初の受診日を()内に記載
	昭・平・令 年 月 日	無 ・ 有 () ・ 不明 ※有の場合は8/13以降最初の受診日を()内に記載
	昭・平・令 年 月 日	無 ・ 有 () ・ 不明 ※有の場合は8/13以降最初の受診日を()内に記載

※不明の場合は、後日必ず柏市保険年金課給付係(04-7191-2594)までご連絡ください。ご連絡をいただいてからの決定となりますので、ご了承ください。