

様式第21号の2 (第2条関係)

国民健康保険料減額届出書

年 月 日

小田原市長 様

届出人 住 所
氏 名

次のとおり国民健康保険料の減額について申請します。

納付義務者	住 所		
	氏 名		
減額該当者	氏 名		
年度	被保険者証記号・番号	07-	
月 別	保 険 料 額	月 別	保 険 料 額
4	円	11	
5		12	
6		1	
7		2	
8		3	
9		随時	
10		合計	
減 額 を 受 け よ う と す る 理 由			
小田原市国民健康保険条例第19条の2の3に該当するため。			
単胎・多胎の別	単 胎 ・ 多 胎		
出産日又は出産予定日	年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		