

記入例

国民健康保険料減額届出書

2024年1月10日

小田原市長様

届け出す方のご住所・お名前 届出人住所 小田原市荻窪300番地
氏名 小田原 花子

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	小田原市荻窪300番地		世帯主の方のご住所・お名前
	氏名	小田原 太郎		
減額該当者	氏名	小田原 花子		
年度	出産される方のお名前	号	07-1234567	
月別	保険料額	月別	保険料額	
4	円	11	保険証の右上記載の番号	
5		12		
6		1		
7		2		
8		3		
9		随時		
10			計	
減額を受けようとする				
小田原市国民健康保険条例第19条の2の3に該当する				
単胎・多胎の別	単胎・多胎			
出産日又は出産予定日	2024年6月1日			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 母子手帳の写し <input type="checkbox"/> その他()			
	どちらかに○			
	出産(予定)日を記入 ※この日の6か月前から申請可能			
	どちらかに✓			