

理事長	常務理事	事務局長	担当者

## 国民健康保険料 減 額 申請書 (第一種組合員)

被保険者証の番号		年齢	歳
資格取得年月日	年	月	日
期 間	年	月～	年 月迄 (ヵ月)
申請の理由			
総収入(診療報酬等)金額			円
所得金額			円
課税される所得金額			円

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 〒

第一種組合員

氏 名

⑩

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 減額申請は、市・県民税の納税通知書・特別徴収税額決定通知書の写しを添付して下さい。