

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 (第二種組合員)			
組 合 員 証 の 番 号		年 齡	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		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">第二種組合員</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

※ 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。