

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 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 〒

第二種組合員

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。