

甲府市国民健康保険料減免申請書

年 月 日
(あて先)甲府市長 (世帯主) 住所 甲府市 丁目 番 号 町 番地 氏 名 ⑩ 電話番号

被保険者証記号番号	
-----------	--

世帯主個人番号	
---------	--

免除又は減額を受けようとする理由【該当する□に✓を付けてください。】

新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため

新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入等の減少が見込まれ、次の要件に全て該当するため（廃業・失業含む）

【要件】

- 事業収入等（事業収入・不動産収入・山林収入・給与収入のいずれか）が、前年（令和2年）に比べて3割以上減少する見込みであること。
- 前年（令和2年）の合計所得額が1,000万円以下であること。
- 減少することが見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年（令和2年）の合計所得額が400万円以下であること。

年度 保 険 料	期	保険料額	納期限	期	保険料額	納期限	期	保険料額	納期限	合計
	1			5			9			
2			6							
3			7							
4			8							

統合番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
連 携											

(本人確認)

○身元確認：マイナンバーカード・免許証・在留・住基・パスポート

その他 ()

○番号確認：マイナンバーカード・通知カード・住民票