

様式第2号（第6条関係）

収入状況申告書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

世帯主氏名

㊟

次のとおり私の世帯の収入状況について申告します。

収入	収入の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 印してください。 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 日雇収入 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他 ※給与収入の方は、下欄の「今月分実収入月額の内訳」は記入不要です。 代わりに給与証明書（様式第3号）を提出してください。					
	収入月額	今月分実収入額	前月分実収入額	前々月分実収入額	平均実収入月額			
状況	今月分実収入額の内訳	収入	売上金					
			手数料					
			農家収入					
			日雇収入					
		入金	内職収入					
			年金・仕送り					
			家賃・地代・その他					
			小計①					
	経費	材料費						
		仕入代						
		交通費						
		税金等						
		社会保険料						
		家賃・地代・その他						
小計②								
差引①-②								
資産	所有地		借地		貸付地		家屋	
	田	m ²	田	m ²	田	m ²	居宅	m ²
	畑	m ²	畑	m ²	畑	m ²	その他	m ²
	林野	m ²	林野	m ²	林野	m ²		
	宅地	m ²	宅地	m ²	宅地	m ²		
負債								
住居	持家・借家・その他		家賃		円/月			

様式第3号（第6条関係）

給 与 証 明 書

年 月 日

住 所

事業所（雇主）

㊟

次のとおり証明します。

住所		役職名 及び 職務内容			
氏名					
区 分	今月分	前月分	前々月分		
勤務（就労）日数		日	日		日
給 与 額	基 本 給	円	円		円
	日給（ 日分）	円	円		円
	家族手当（ 人）	円	円		円
	住 居 手 当	円	円		円
	手 当	円	円		円
	時 間 外 手 当	円	円		円
	賞 与	円	円		円
		円	円		円
		円	円		円
	小 計（イ）	円	円		円
控 除 額	所 得 税	円	円		円
	市 県 民 税	円	円		円
	健 康 保 険 料	円	円		円
	厚生年金保険料	円	円		円
	失 業 保 険	円	円		円
	労 働 組 合 費	円	円		円
		円	円		円
	小 計（ロ）	円	円		円
差引額（イ）-（ロ）	円	円		円	

<記入上の注意>

この証明書は、国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予の申請のため、世帯主から佐倉市 課宛てに収入状況の申告がなされる場合に必要なもの です。

今月（又は見込み）及び前2か月分の期間におけるすべての給与及び源泉徴収について、それぞれの内訳を明らかにして記入してください。

様式第4号（第8条関係）

国民健康保険一部負担金 減 額 免除 承認 決定通知書 徴収猶予		
第 号 年 月 日		
様 （被保険者証記号番号：倉 ー ）		
佐倉市長 印		
年 月 日付けで申請のありました国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）につきましては、次のとおり承認となりましたので、佐倉市国民健康保険に係る一部負担金の減免及び徴収猶予に関する要綱第8条の規定により通知します。		
減 額 免 除 徴 収 猶 予	割 合 割	承 認 期 間 年 月 日から 年 月 日まで 計 月分
承認理由		

- 1 この決定についての審査請求は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、千葉県国民健康保険審査会に対してすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、この決定についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで、佐倉市を被告として提起することができます。ただし、(1)の場合を除き、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、提起しなければなりません。
 - (1)審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2)決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3)その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第5号（第8条関係）

国民健康保険一部負担金	減 額 免 除 徴収猶予	不承認 決定通知書
		第 号 年 月 日
様 (被保険者証記号番号：倉 ー)		
佐倉市長		印
年 月 日付けで申請のありました国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）につきましては、次のとおり不承認となりましたので、佐倉市国民健康保険に係る一部負担金の減免及び徴収猶予に関する要綱第8条の規定により通知します。		
不承認理由		

- 1 この決定についての審査請求は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、千葉県国民健康保険審査会に対してすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、この決定についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで、佐倉市を被告として提起することができます。ただし、(1)の場合を除き、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、提起しなければなりません。
 - (1)審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2)決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3)その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第6号（第9条関係）

証明書番号 第 号					
国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予証明書					
被保険者 証の記号 番 号	倉	療養の給 付を受け る者	氏 名		
			生年月日	年 月 日	
住 所	佐倉市	世帯主 氏 名		世帯主 と の 続 柄	
傷 病 名			初 診 年月日	年 月 日	
療養取扱医 療機関等の 所在地及び 名 称					
減 額 免 除 徴収猶予	割合	割	期間	年 月 日分から	年 月 日分まで
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">佐倉市長 印</p>					
<p><注意事項></p> <p>1 療養の給付を受ける際は、この証明書を事前に当該保険医療機関等に提出してください。</p> <p>2 保険医療機関等は、この証明書記載の割合に相当する額を次の算式により一部負担金から差引いた金額を徴収してください。</p> <p style="padding-left: 20px;"><計算式> 一部負担金－（一部負担金×上記減額割合）＝徴収すべき金額</p> <p>3 保険医療機関等は診療報酬を請求するときは診療報酬請求書に、この証明書の写しを添付して請求してください。</p> <p>4 転出・他保険への加入等により国民健康保険の資格を喪失したときは、喪失日以降この証明書は、無効となります。</p>					

国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予変更通知書

様

さきに決定いたしました国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予を次のとおり変更しましたので通知します。

年 月 日

佐倉市長



記

被保険者証	記号番号	倉			
療養の給付を受ける方	氏名				
	生年月日				
変更事項		期間	年 月 日から 年 月 日まで	割合	
変更理由					

既に交付済の一部負担金減額・免除・徴収猶予証明書は以後無効となり使用できません。

- この決定についての審査請求は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、千葉県国民健康保険審査会に対してすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、この決定についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで、佐倉市を被告として提起することができます。ただし、(1)の場合を除き、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、提起しなければなりません。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予変更保険医療機関等宛通知書

様

さきに決定いたしました国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予を次のとおり変更しましたので通知します。

なお、下記被保険者の一部負担金については、当該割合での徴収をお願いいたします。

年 月 日

佐倉市長



記

被保険者証 記号番号	倉				
療養の給付を受ける方	氏 名				
	生年月日				
変更事項		期間	年 月 日から 年 月 日まで	割合	
変更理由					

国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予取消通知書

様

さきに決定いたしました国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予について次のとおり取り消しましたので通知します。

年 月 日

佐倉市長



記

被保険者証	記号番号	倉			
療養の給付を受ける方	氏名				
	生年月日				
取消事項		取消期間	年 月 日から 年 月 日まで	割合	
取消理由					

既に交付済の一部負担金減額・免除・徴収猶予証明書は以後無効となり使用できません。

- 1 この決定についての審査請求は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、千葉県国民健康保険審査会に対してすることができます。
- 2 この決定の取消しを求める訴訟は、この決定についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで、佐倉市を被告として提起することができます。ただし、(1)の場合を除き、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、提起しなければなりません。
 - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予取消保険医療機関等宛通知書

様

さきに決定いたしました国民健康保険一部負担金減額・免除・徴収猶予を次のとおり取り消しましたので通知します。

なお、下記被保険者の一部負担金については、本通知書到着日以後、当該被保険者証の表示に従い、徴収してください。

年 月 日

佐倉市長



記

被保険者証記号番号		倉			
療養の給付を受ける方	氏名				
	生年月日				
取消事項		取消期間	年 月 日から 年 月 日まで	割合	
取消理由					