

(様式5号)

納期延長
国民健康保険料 減額 申請書
免除

(該当字句に○印をすること)

被保険者証 記号・番号	全歯	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日
組合員 氏名			性別	男	・	女

納期延長・減額・免除を受けようとする保険料

期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
納付すべき金額	円 (内訳は別紙1)
納付予定年月日 (納期延長の場合)	令和 年 月 日
納付可能金額 (減額の場合)	円

※上記の詳細内容が申請時に不明の場合は支部事務所までお問合せください。

納期延長、減額、免除を必要とする理由

上記のとおり規約第26・27条の適用を頂きたく申請します。

令和 年 月 日

組合員	組合員 氏名		電話番号	
	住所	〒		

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

理事長	専務理事	事務局長	係

本部受
理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受
理
受付印

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。