対象年度 年度　国民健康保険税　納入通知書

窓空宛名

被保険者番号
通知書番号

印

あなたの国民健康保険税について次のとおり決定しましたので通知します。

年　月　日

○○市長
○○　○○

保険税納付方法等	
徴収方法	
納税義務者	
生年月日	性別
住所	
特別徴収義務者名	
特別徴収対象年金	
特別徴収対象年金額	円

※特別徴収は上記の年金から天引きされます。

前回決定額	
今回決定額	

〈お問い合わせ先〉
〒　000-0000
○○市○○町１丁目２番３号
国保課
電話　000-000-0000

綴じ代

国民健康保険税　賦課明細書

	区　分	所得割 課税標準額 ①	所得割 所得割率 ②	所得割 所得割額 ③＝①×②	被保険者均等割 １人あたり均等割額④	被保険者均等割 被保険者数 ⑤	被保険者均等割 均等割額 ⑥＝④×⑤	世帯別平等割 特定	世帯別平等割 平等割額⑦	算出合計額 A=③+⑥+⑦
変更前	医療分	円	%	円	円	人	円		円	円
	支援金分	円	%	円	円	人	円	月	円	円
	介護分	円	%	円	円	人	円		円	円
	子ども分	円	%	円	円	人	円	月	円	円
変更後	医療分	円	%	円	円	人	円		円	円
	支援金分	円	%	円	円	人	円	月	円	円
	介護分	円	%	円	円	人	円		円	円
	子ども分	円	%	円	円	人	円	月	円	円

※子ども分において、均等割額⑥に18歳以上均等割額（1人あたりXX,XXX,XXX円）を含んでいます。また、軽減額⑧の内、均等割軽減額に18歳未満均等割軽減額を含んでいます。

	区　分	軽減	軽減額 所得割軽減額	軽減額 均等割軽減額	軽減額 平等割軽減額	軽減額 ⑧	限度超過額 ⑨	月割増減額 ⑩	減免額 ⑪	年間保険税額 (A−⑧−⑨+⑩−⑪)
変更前	医療分		円	円	円	円	円	円	円	円
	支援金分		円	円	円	円	円	円	円	円
	介護分		円	円	円	円	円	円	円	円
	子ども分		円	円	円	円	円	円	円	円
変更後	医療分		円	円	円	円	円	円	円	円
	支援金分		円	円	円	円	円	円	円	円
	介護分		円	円	円	円	円	円	円	円
	子ども分		円	円	円	円	円	円	円	円

※年間保険税額の算定において、100円未満の端数金額は切り捨てます。

前回決定額		今回決定額	

綴じ代

対象年度 年度

納付年月／普通徴収の納期	決定（変更）前(円) 普通徴収	決定（変更）前(円) 特別徴収	決定（変更）後(円) 普通徴収	決定（変更）後(円) 特別徴収	納付済額（円) 普通徴収	納付済額（円) 特別徴収	差引納付税額（円) 普通徴収	差引納付税額（円) 特別徴収
合計								

※普通徴収は納付書又は口座振替で納付してください。
※納付済額は、この通知書の作成日時点で把握できたものが記載されています。

（来年度の仮徴収のご案内）
来年度の４月、６月、８月は特別徴収仮徴収額として２月の特別徴収額と同額が天引きされます。

綴じ代

国　民　健　康　保　険　税　個　人　明　細　書

通知書番号

被保険者氏名	区分	＊：国保加入者　G：擬制世帯主　S：非自発的失業者　（月） 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	未申告該当	所得割(円)	均等割(円)	平等割(円)
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																

綴じ代

国 民 健 康 保 険 税 個 人 明 細 書

通知書番号

被保険者氏名	区分	＊：国保加入者　G：擬制世帯主　S：非自発的失業者　（月）												未申告該当	所得割(円)	均等割(円)	平等割(円)
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3				
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																
	医療																
	支援金																
	介護																
	子ども																

左記被保険者以外他〇〇名。詳細はお問い合わせください。

・個人毎の所得割額・均等割額と平等割額の合計が、国保税額となります。（各区分毎に１００円未満を切り捨てます。）
　ただし、限度超過額・減免額等のある世帯では一致しない場合があります。
・限度超過世帯の被保険者人数に異動（増減）や総所得の変更があっても年間保険税に変更がない場合があります。

綴じ代

口座振替納入通知書（前納口座振替者用）

氏名	様	通知書番号	

●振替口座

金融機関名			
口座種別		口座番号	
名義人			

●口座振替日及び税額

納期	全期
口座振替日	
税　額	円

※　口座振替日に、指定された口座から自動的に引き落とされます。
※　個人情報保護のため、口座番号の一部を非表示にしています。
※　口座振替についてのお問い合わせは、〇〇市国保課までご連絡ください。
電話 000-000-0000

綴じ代

変更理由　　※税額や納付方法等に変更があった場合に記載しています。

綴じ代

口座振替納入通知書（期別口座振替者用）

氏名	様	通知書番号	

●振替口座

金融機関名			
口座種別		口座番号	
名義人			

●口座振替日及び税額

納期	第　1　期	第　2　期	第　3　期	第　4　期
口座振替日				
税　　額	円	円	円	円

納期	第　5　期	第　6　期	第　7　期	第　8　期
口座振替日				
税　　額	円	円	円	円

納期	第　9　期	第　10　期	第　11　期	第　12　期
口座振替日				
税　　額	円	円	円	円

※　口座振替日に、指定された口座から自動的に引き落とされます。
※　口座振替についてのお問い合わせは、〇〇市国保課までご連絡ください。　電話 000-000-0000