

窓空宛名

保険証番号

○○市長
○○ ○○

印

前回決定額	
今回決定額	

[illegible]

綴代

綴じ代

		医 療 分			支 援 金 分			通 知 書 番 号			介 護 分		
		課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)	課税標準額	税 率	税額(円)
軽減額	区 分												
	所 得 割		円	%		円	%			円	%		
	資 産 割		円	%		円	%			円	%		
	均 等 割		円	人		円	人			円	人		
	平 等 割 額												
合 計 (A)													
軽減額	軽減区分												
	均等割額												
	平等割額												
	軽減額計 (B)												
限 度 超 過 額 (C)													
増 減 調 整 額 (D)													
条 例 減 免 額 (E)													
減 免 額 (F)													
年 税 額 (A-B-C+D-E-F)													
							年税額 + +						

[illegible]

■ 綴じ代

国民健康保険税個人明細書

通知書番号

[illegible]

左記被保險者以外他

名。詳細はお問い合わせください。

- ・個人毎の所得割額・資産割額・均等割額と平等割額の合計が、国税額となります。（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合せは、市国保課までご連絡ください。
電話 000-000-0000

■ 綴じ代

变更理由

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。

[illegible]

■ 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
□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

口座振替についてのお問合せは、市国保課までご連絡ください。電話 000-000-0000