

窓空宛名

通知書番号

保険証番号

年 月 日

左記の者の **賦課年度** 年度国民健康保険料を下記のとおり  
決定（更正）してよろしいかお伺いいたします。

決定伺

**賦課年度** 年度 国民健康保険料 決定（更正）伺

	更正前	更正後	増減
決定 保険料	円	円	円

この通知書は、○年○月○日時点の情報により  
算定しています。

※ 賦課明細は次頁のとおり。

(単位：円)

普 通 徴 収 期 別 納 付 額					
期別	納期限	更正前	更正後	納付済額	今回納付額
第1期	年 月 日				
第2期	年 月 日				
第3期	年 月 日				
第4期	年 月 日				
第5期	年 月 日				
第6期	年 月 日				
第7期	年 月 日				
第8期	年 月 日				
随1期	年 月 日				

(単位：円)

特 別 徴 収 月 別 納 付 額					
月別	引落日	更正前	更正後	納付済額	今回納付額
4月	年 月 日				
6月	年 月 日				
8月	年 月 日				
10月	年 月 日				
12月	年 月 日				
2月	年 月 日				

(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、上記2月の特別徴収額と同額が  
天引きされます。

更正事由			
異動年月日	届出年月日	理由	氏名

金融機関名

口座種別

振替区分

口座番号

口座名義人

納組コード

納組名称

保険税納付方法等

徴収方法	
納付義務者	
生年月日	
性別	
住所	
特別徴収 義務者	
特別徴収 対象年金	
特別徴収 対象年金額	

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000

通知書番号	
保険証番号	

## 国民健康保険料決定の明細

(単位：円)

賦課明細		更正前	更正後	増減
医療分	所得割額	基礎額		
	×			
	資産割額	基礎額		
	×			
	均等割額	被保険数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	判定			
	均等割額			
	未就学児均等割軽減額			
	平等割額			
	限度超過額			
	年間保険料			
支援金分	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(A) 医療分保険料額			
	所得割額	基礎額		
	×			
	資産割額	基礎額		
	×			
	均等割額	被保険数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	判定			
	均等割額			
介護分	未就学児均等割軽減額			
	平等割額			
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(B) 支援金分保険料額			
	所得割額	基礎額		
	×			
	資産割額	基礎額		
	×			
	均等割額	被保険数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	判定			
	均等割額			
	平等割額			
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	減免額			
	(C) 介護分保険料額			

(単位：円)

決定額		更正前	更正後	増減
決定額	決定保険料額(A)+(B)+(C)			
	内訳	医療保険分		
	(再掲)	支援金分		
		介護保険分		