

窓空宛名

通知書番号

保険証番号

**賦課年度**年度国民健康保険税を下記のとおり  
決定（更正）いたしましたので通知します。

年 月 日

〇〇市長

〇〇 〇〇

印

**賦課年度****税**

	更正前	更正後	増減
決定 保険税	円	円	円

この通知書は、〇年〇月〇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

※下記口座から振替させていただきます。

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

※下記年金から天引きさせていただきます

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	

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に  
市長に対して審査請求をすることができます。この国民健康保険税の決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係  
る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起する  
ことができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記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な  
いこととされていますが、

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処分、処分の執行又は手続き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

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈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	

## 国民健康保険税決定の明細

(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	被保数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額	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			
	年間保険税			
支援金分	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(A) 医療分保険税額			
	所得割額	基礎額		
	×	%		
	資産割額	基礎額		
	×	%		
	均等割額	被保数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額	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			
	年間保険税			
	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(B) 支援金分保険税額			
	所得割額	基礎額		
	×	%		
	資産割額	基礎額		
	×	%		
	均等割額	被保数	人	人
	×	円		
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額	判定		
		均等割額		
		平等割額		
	限度超過額			
	年間保険税			
	増減調整額			
	減免額			
	(C) 介護分保険税額			

(単位：円)

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