

対象年度 年度 国民健康保険税 納入通知書

窓空宛名

保険証番号	
-------	--

保険証番号
通知書番号

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
○○ ○○

印

前回決定額	
今回決定額	

〈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

保險稅納付方法等			
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。

■ 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)		決定（変更）後(円)		納付済額（円）		差引納付税額（円）	
	普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	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時点で把握できたものが記載されています。

■ 綴じ代

国民健康保険税 賦課明細書

	区 分	所 得 割			被 保 険 者 均 等 割			算出合計額 A=③+⑥
		課税標準額 ①	所得割率 ②	所得割額 ③=①×②	1人あたり 均等割額④	被保険者数 ⑤	均等割額 ⑥=④×⑤	
要 更 前 定 委 決	医療分	円	%	円	円	人	円	円
	支援金分	円	%	円	円	人	円	円
要 更 後 定	介護分	円	%	円	円	人	円	円
	医療分	円	%	円	円	人	円	円
	支援金分	円	%	円	円	人	円	円
	介護分	円	%	円	円	人	円	円

	区 分	軽 減 額		限度超過額	月割増減額	減 免 額	年間保険税額	
		軽減	未就学児均等割軽減額	⑦	⑧	⑨	⑩	(A-⑦-⑧+⑨-⑩)
変決 更	医療分		円	円	円	円	円	円
	支援金分		円	円	円	円	円	円
前定 変決	介護分			円	円	円	円	円
	医療分		円	円	円	円	円	円
更	支援金分		円	円	円	円	円	円
	介護分			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。

※軽減額⑦欄中の「軽減」は、所得に応じて軽減される割合を記載しています。

※介護分は、40歳以上65歳未満の方に賦課されます。

※賦課限度額は下記の金額です。

医療分	
支援金分	
介護分	

国民健康保険税個人明細書

通知書番号[illegible]

■ ■ ■ ■
■ 綴じ
■ 代

■ 綴じ代

国民健康保険税個人明細書

通知書番号

[illegible]

左記被保険者以外他

名。詳細はお問い合わせください。

- ・個人毎の所得割額と均等割額の合計が、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合せは、〇〇市国保課までご連絡ください。

電話 000-000-0000

■ 綴じ代

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
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合せは、〇〇市国保課までご連絡ください。電話 000-000-0000