

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

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。

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

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

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

国民健康保険税 賦課明細書

| 区 分 | 所 得 割      |           |               | 資 産 割      |           |               | 被 保 険 者 均 等 割  |            |               | 世帯別平等割 |
|-----|------------|-----------|---------------|------------|-----------|---------------|----------------|------------|---------------|--------|
|     | 課税標準額<br>① | 所得割率<br>② | 所得割額<br>③＝①×② | 課税標準額<br>④ | 資産割率<br>⑤ | 資産割額<br>⑥＝④×⑤ | 1人あたり<br>均等割額⑦ | 被保険者数<br>⑧ | 均等割額<br>⑨＝⑦×⑧ | 平等割額⑩  |
| 変決  | 医療分        | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |
| 更   | 支援金分       | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |
| 前定  | 介護分        | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |
| 変決  | 医療分        | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |
| 更   | 支援金分       | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |
| 後定  | 介護分        | 円         | %             | 円          | 円         | %             | 円              | 円          | 人             | 円      |

| 区 分 | 算出合計額     |    |        |        |        | 軽 減 額 | 限度超過額 | 月割増減額 | 減 免 額 | 年間保険税額      |
|-----|-----------|----|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------------|
|     | A＝③+⑥+⑨+⑩ | 軽減 | 所得割軽減額 | 均等割軽減額 | 平等割軽減額 | ⑪     | ⑫     | ⑬     | ⑭     | (A-⑪-⑫+⑬-⑭) |
| 変決  | 医療分       | 円  |        | 円      | 円      | 円     | 円     | 円     | 円     | 円           |
| 更   | 支援金分      | 円  |        | 円      | 円      | 円     | 円     | 円     | 円     | 円           |
| 前定  | 介護分       | 円  |        | 円      | 円      | 円     | 円     | 円     | 円     | 円           |
| 変決  | 医療分       | 円  |        | 円      | 円      | 円     | 円     | 円     | 円     | 円           |
| 更   | 支援金分      | 円  |        | 円      | 円      | 円     | 円     | 円     | 円     | 円           |
| 後定  | 介護分       | 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。

※平等割額⑩欄中の「特定」は後期高齢者医療制度へ世帯員が移行することにより平等割額が半額となる月数およびその後5年経過により平等割額が1/4となる月数を記載しています。

※軽減額⑪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、4 0 歳以上 6 5 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  |  | 前回決定額 |
| 支援金分 |  |       |
| 介護分  |  | 今回決定額 |
|      |  |       |

国 民 健 康 保 険 税 個 人 明 細 書

| 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<br>該当 | 所得割(円) | 資産割(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  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|                         | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |

※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。

■ 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：振替世帯主    S：非自発の失業者    (月) |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  | 未申告<br>該当 | 所得割(円) | 資産割(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  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 医療  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 支援金 |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |
|        | 介護  |  |   |   |   |   |   |    |    |    |   |   |   |  |           |        |        |        |        |

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。

綴じ代

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| 納組コード |  | 納組名称 |  |
|-------|--|------|--|

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