

窓空宛名

印

（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

金融機関名			
口座種別		口座番号	
名義人			
納組コード		納組名称	

納税義務者		
生年月日		性別
住所		

既に口座振替を依頼されている場合は、この通知書には納付書を同封して
おりません。

対象年度				年度				国民健康保険税の算定明細				保険証番号				通知書番号																				
		医			療			分			支			援			金			分			介			護			分							
区		課税標準額			税			率			税			額			課税標準額			税			率			税			額							
所 得 割		円			×			%			円			円			×			%			円			円			×			%				
資 産 割		円			×			%			円			円			×			%			円			円			×			%				
均 等 割		人						円			円			人						円			円			人						円				
平等割額											円												円													
合計（A）											円												円													
軽減額		軽減区分									軽減区分									軽減区分									軽減区分							
		所得割額									所得割額									所得割額									所得割額							
		均等割額									均等割額									均等割額									均等割額							
		平等割額									平等割額									平等割額									平等割額							
		軽減額計（B）									軽減額計（B）									軽減額計（B）									軽減額計（B）							
限度超過額（C）								円									円									円										
増減調整額（D）								円									円									円										
条例減免額（E）								円									円									円										
減免額（F）								円									円									円										
年税額（一般・退職合計） （A－B－C＋D－E－F）				①						円						②									円						③					
徴 収 方 法																			年 税 額 （①＋②＋③）																	
特別徴収義務者																																				
特別徴収対象年金額																																				
特別徴収対象年金額										円																										

[illegible]

加入月欄の「※印」は国保加入者、「G」は擬制世帯主を表しています。

賦課限度額は、医療分は50万円、支援金分は13万円、介護分は10万円です。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ありません。

上記被保険者以外他 ○〇名。詳細は、お問い合わせください。