

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 分	課税標準額	税 率	税 額	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 × %		円	
資 産 割	円 × %		円	円 × %		円	円 × %		円	
均 等 割	人 円		円	人 円		円	人 円		円	
平等割額	円			円			円			
合計（A）	円			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		円		
増減調整額（D）		円		円		円		円		
条例減免額（E）		円		円		円		円		
減免額（F）		円		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」は国民保加入者、「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。