

国民健康保険負担区分等証明書

	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下

上記のとおり負担区分等の判定を行ったことを証明する。

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

