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

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

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。

前回決定額	
今回決定額	

〈お問い合わせ先〉
〒　000-0000
○○市○○町１丁目２番３号
国保課
電話　000-000-0000

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			世帯別平等割		算出合計額
		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	特定	平等割額⑦	A=③+⑥+⑦
変決	医療分	円	%	円	円	人	円		円	円
更	支援金分	円	%	円	円	人	円	月	円	円
前定	介護分	円	%	円	円	人	円		円	円
変決	医療分	円	%	円	円	人	円		円	円
更	支援金分	円	%	円	円	人	円	月	円	円
後定	介護分	円	%	円	円	人	円		円	円

区　分		軽減	所得割軽減額	均等割軽減額	平等割軽減額	軽　減　額 ⑧	限度超過額 ⑨	月割増減額 ⑩	減　免　額 ⑪	年間保険税額 (A−⑧−⑨+⑩−⑪)
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⑦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⑧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	

前回決定額
今回決定額

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）											未申告該当	所得割(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															

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：擬制世帯主　S：非自発的失業者　（月）												未申告該当	所得割(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。

・個人毎の所得割額・均等割額と平等割額の合計が、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

変更理由　　※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。

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

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