

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	×	%	
資 産 割	円	×	%	円	円	×	%	円	×	%	
均 等 割	人		円	円	人		円	人		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				
	所得割額			所得割額			所得割額				
	均等割額			均等割額			均等割額				
	平等割額			平等割額			平等割額				
	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	円		
徴 収 方 法					年 税 額 （①＋②＋③）			円			
特別徴収義務者											
特別徴収対象年金											
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。