

対象年度 年度 国民健康保険税 納入通知書

窓空宛名

被保険者番号

被保険者番号

通知書番号

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

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

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
〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号
国保課
電話 000-000-0000

国民健康保険税 賦課明細書

区 分	所 得 割			資 産 割			被 保 険 者 均 等 割			世帯別平等割
	課税標準額 ①	所得割率 ②	所得割額 ③＝①×②	課税標準額 ④	資産割率 ⑤	資産割額 ⑥＝④×⑤	1人あたり 均等割額⑦	被保険者数 ⑧	均等割額 ⑨＝⑦×⑧	特定 平等割額⑩
変決 更 前定 変決 更 後定	医療分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円	円
	支援金分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円	円
	介護分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円	円
	医療分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円	円
	支援金分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円 月	円
	介護分	円 %	円	円	円 %	円	円	人	円	円

区 分	算出合計額	軽 減 額				限度超過額	月割増減額	減 免 額	年間保険税額
	A=③+⑥+⑨+⑩	軽減	所得割軽減額	均等割軽減額	平等割軽減額	⑪	⑫	⑬	⑭ (A-⑪-⑫+⑬-⑭)
変決 更 前定 変決 更 後定	医療分	円	円	円	円	円	円	円	円
	支援金分	円	円	円	円	円	円	円	円
	介護分	円	円	円	円	円	円	円	円
	医療分	円	円	円	円	円	円	円	円
	支援金分	円	円	円	円	円	円	円	円
	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⑩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⑪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、4 0 歳以上 6 5 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		前回決定額
支援金分		
介護分		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)	資産割(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																		

※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)	資産割(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。

■ ■ ■ ■ ■
■ 綴じ
■ 代

納組コード	納組名称
-------	------

■ 綴じ代

变更理由

※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。

[illegible]