認印	理事長	常務理事	事務長	課長	係

国民健康保険料徴収猶予申請書

被保険者証	記　号			番　号						0	0	0
個人番号												
甲種組合員氏名						該当者生年月日	昭 平	年	月	日		
期　間	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日											
徴収猶予申請の理由												

上記のとおり保険料の徴収猶予を申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

甲種組合員住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　　印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

（注）災害・盗難等のときは公的機関が発行する証明書を添付してください。

※申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の利用目的以外で利用することはありません。