

(様式 1)

認 印	理事長	専務理事	事務長	課長	係

「添付書類」

令和8年度 保険料減額申請書

被保険者	記号		番号					0	0	0
個人番号(マイナンバー)										

受 取 方 法	銀行 信用金庫										支店		
	預金種目		普通預金					当座預金					
	口座番号												
	口座名義												

※上記内容に誤りがあった場合、減額後の返金が遅れることがありますので、今一度ご確認ください。

上記のとおり添付書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

連絡先TEL :	-	-
連絡先氏名 :		
※当組合から連絡する場合の氏名を記載下さい。		
連絡先が組合員本人の場合は記載不要です。		

〒 -
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

③ 休診で①がない場合は、休止届の写し（令和7年の期間分）に添付
② 電子申告の場合は、「受信通知」を所得税の確定申告書（第一表）の写し
① 令和7年分の所得税の確定申告書（第一表）の写し

※記入しないでください。	賦課額		該当	保険料徴収変更月	
	1. 第19条の2 (1)	月額 21,500円		令和8年度	月から
	2. 第19条の2 (2)	月額 16,500円			
	3. 第19条の2 (3)	月額 12,500円			
	4. 第19条の2 (4)	月額 9,000円			
遡及 令和8年度 4月 ~ 月				円×	ヶ月=
					円
				振込日	年 月 日

※医療法人事業所および後期高齢者組合員は対象となりません。
 ※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。
 ※減額申請の効力は2年となっておりますのでご注意ください。