（様式　1）

認	理事長	専務理事	事務長	課長	係

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの用紙で印刷してください。

令和８年度　保険料減額申請書

被保険者	記　号	9	9	番　号	9	9	9	9	0	0	0
個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3

取方法	銀行・信用金庫	▲ ▲ ▲　支店
	普通預金・当座預金	
	口座番号 ※右詰めでご記入ください。	× × × × × ×
	口座名義 ※カタカナでご記入ください。 個人名のときは、姓と名の間は１マスあけてください。	シ カ イ シ　タ ロ ウ

ご希望の振込金融機関についてご記入ください。

預金種別に○をつけてください。

右詰でご記入ください。

口座名義はカタカナでご記入ください。
濁点（゛）、半濁点（゜）も１マスを使用し、姓と名の間は１マスあけてください。

※上記内容に

上記のとおり添付書類を添えて申請します。

令和 8 年 6 月 30 日

連絡先TEL　：０９２－７７１－３５３４
連絡先氏名：　歯科医師　二郎
※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。

〒 810－××××

甲種組合員住所　×××市×××○丁目○番○号-○号

自宅住所

氏　名　歯科医師　太郎　印（医師科）

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

「添付書類」
令和７年分の所得税の確定申告書（第一表）の写し
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）に添付
休診で①がない場合は、休止届の写し（令和７年の期間分）

※添付書類
- 令和７年分の所得税の確定申告書（第一表）のコピー
- 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）に添付
- 令和７年中は休診しており、確定申告を行っていない場合は令和７年の期間の休止届のコピー

＝
円

※医療法人等の業務は対象ではありません。
※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。
※減額申請の時効は２年となっておりますのでご注意ください。