

国民健康保険料2割減額不承認決定通知書

年 月 日

様

発行局課

お問い合わせの際にはこの番号をお知らせください。

世帯主氏名 様

横浜市 区長 印

先に申請のありました 年度分国民健康保険料被保険者均等割額の2割減額については、次の理由により不承認と決定しましたので通知します。

理由

(備考)

様式の下欄には、教示について記載することができる。

(縦30.5センチメートル、横20.8センチメートル)