

様

発行局  
課

通知書番号

年度の国民健康保険料額をお知らせします。

横浜市 区長

印

お問い合わせの際にはこの番号をお知らせください。

1 世帯主

様

## 3 保険料額及び納期ごとの内訳

納 期			
合 計	ア 円		
差引増減額(イ - ア)	円		

納期限は、裏面を御覧ください。

## 2 保険料の納付方法

納 付 場 所	
横 浜 市 指 定 金 融 機 関	
横 浜 市 収 納 代 理 金 融 機 関	
郵 便 局 ・ 横 浜 市 出 納 機 関	
横 浜 市 指 定 の コ ン ビ ニ エ ン ス ス ト ア	

口座振替を御利用の場合、振替日は、各納期の29日(2月期は、末日)となります。ただし、各金融機関・郵便局の休業日に当たるときは、前営業日になります。

## 4 医療分(基礎賦課額)算定基礎

万円が最高限度額です。(12か月分の場合の金額です。)

算定期間	月 数	被保険者全員の市民税額 × 所得割料率 × 月数 ÷ 12 = 所得割額 被保険者均等割料率 × 人数 × 月数 ÷ 12 - 減する額(減額割合) = 被保険者均等割額	

## 5 介護分(介護納付金賦課額)算定基礎

万円が最高限度額です。(12か月分の場合の金額です。)

算定期間	月 数	第2号被保険者全員の市民税額 × 所得割料率 × 月数 ÷ 12 = 所得割額 被保険者均等割料率 × 人数 × 月数 ÷ 12 - 減する額(減額割合) = 被保険者均等割額	
月 月			

## 6 保険料の算定に含まれている人

保険料算定を行った月に\*印を付けてあります。

被保険者名	種別	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
様	医療分 介護分												
様	医療分 介護分												
様	医療分 介護分												
様	医療分 介護分												
様	医療分 介護分												

6人以上の世帯の場合は、一部の被保険者のみ表示します。

(縦33センチメートル、横20.8センチメートル)

- (備考) 1 この様式は、国民健康保険料の賦課額を決定したこと、又は変更したことを納付義務者に通知する場合に使用すること。  
2 様式の裏面には、教示について記載することができる。