

# 国民健康保険税減免申請書 (旧被扶養者用)

令和 年 月 日

大村市長 様

世帯主 (国保番号 )  
(個人番号 )

住 所

氏 名

電話番号 ー

旧被扶養者氏名等	氏 名	生年月日	個人番号
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
減免理由	被用者保険から後期高齢者医療制度に移行することにより、当該被保険者の被扶養者から国保被保険者となったため。		
添付書類	被用者保険資格喪失証明書のコピー		

受付者