旧被
扶養者減免用

国民健康保険税減免申請書

令和　　年　　月　　日

大村市長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大村市国民健康保険条例第２８条第１項第３号に規定する被扶養者であった者について、次のとおり申請します。

１　世帯主（納税義務者）

太枠の中を記入

国保番号	
氏　　名	□申請者と同じ
住　　所	□申請者と同じ

２　旧被扶養者氏名等

氏　　名	生年月日
	昭 平 令　　年　　月　　日
	昭 平 令　　年　　月　　日
	昭 平 令　　年　　月　　日

３　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写し

受付者