

処 理			
決 定 通 知 番 号	徴 収 台 帳	調 査	受付年月日

<div style="text-align: center;"> 減 額 国民健康保険料 申請書 免 除 </div>			
被 保 険 者 記号・番号	綾	減額または免除を受けようとする 保険料の年度及び月の区分	年 月 分
保 険 料 金 額		円	
保 険 料 の 減 額 ・ 免 除 理 由		<p>旧被扶養者該当のため</p> <p>※旧被扶養者＝被用者保険の被扶養者で、被保険者が後期高齢者医療制度に移行することにより被扶養者を除外され、国保資格取得日において65歳以上の者。</p> <p>旧被扶養者 氏 名 _____</p> <p>生年月日 _____</p> <p>旧 扶 養 者 氏 名 _____</p> <p>生年月日 _____</p>	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>綾 部 市 長 様</p> <p>納付義務者 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>個人番号 _____</p>			
<p>※ 減額・免除を受けようとする理由を証明する書類を添付すること。</p>			