

処理			
決定通知番号	徴収台帳	調査	受付年月日

減額 国民健康保険料 申請書 免除			
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	旧被扶養者該当のため ※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。 旧被扶養者 氏名_____ 生年月日_____ 旧扶養者 氏名_____ 生年月日_____		
上記のとおり申請します。 年 月 日			
綾 部 市 長 様			
納付義務者 住 所_____ 氏名_____ 電話番号_____ 個人番号_____			
※ 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。			