

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 <b>1234 - 56789</b>	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 <b>綾部 花子</b> 生年月日 <b>昭和〇〇年〇月〇日</b>  旧扶養者 氏 名 <b>綾部 太郎</b> 生年月日 <b>昭和〇〇年〇月〇日</b>		
上記のとおり申請します。 <b>令和〇 年〇 月〇 日</b>  綾 部 市 長 様			
納付義務者 (世帯主)について ご記入ください。	納付義務者	住 所	<b>綾部市〇〇町××番地</b>
		氏 名	<b>綾部 太郎</b>
		電話番号	<b>0773 - 〇〇 - □□□□</b>
		個人番号	<b>123456789012</b>
証明書類と一緒に ご提出をお願いします。			
※ 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。			