

【記載例】旧被扶養者にかかる減免

令和 △年度 国民健康保険料減免申請書

令和 △年 ○月 ×日

(提出先) 大 阪 市 長

住 所 大阪市北区中之島1丁目3番20号

申請書に記入漏れや不明な点があった場合は、ご連絡させていただきます。日中に連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。

申請者
(世帯主)

氏 名

国保 太郎

電話番号

(〇〇〇-△△△△-××××)

別紙「保険料減免の申請をされる方へ」について、担当者から説明を受け、内容を確認したうえで、次の理由により国民健康保険料の減免を申請します。

なお、減免の承認後に状況の変化があった場合は、速やかに申し出ることを誓約します。

被保険者記号・番号	記号 阪 国 北	番号 〇〇〇×××
申請する減免の区分	☐ 所得減少減免 ☐ 災害減免 ☒ 旧被扶養者減免 ☐ 拘禁減免 ☐ その他 ()	
減免事由該当者氏名	(旧被扶養者減免、拘禁減免の申請をされる場合に記入してください。) 国保 花子	
申 請 理 由	事実発生日	令和 △ 年 × 月 ○ 日
	旧被扶養者に該当するため減免を申請する。	

注 所得減少減免を申請する場合は裏面も記入してください。

注 以下の欄は記入しないでください。

決 裁	申請理由を記入し、事実を証明する書類を添付してください。						員
決 算 考 査	【減免事由該当者氏名】						
	・減免の対象となる方(旧被扶養者)の氏名を記載してください。						
	【事実発生日】						
	・旧被扶養者に該当した日						
考 査	【申請理由記入例】						
	・旧被扶養者であるため。						
	【事実を証明する書類】						
	・資格喪失証明書等、被用者保険(会社の保険など)の被扶養者であったことが確認できる書類						
考 査	・旧被扶養者異動連絡票※						
	※前住所(市外)において旧被扶養者減免が適用されていた方に対して、前住所の市区町村が発行する書類です。						
	申請書裏面の記入は不要です。						
	備考欄記入日 (. .) 担当者 ()						