

【記載例】旧被扶養者に係る減免

番号

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

申請者 (世帯主)

氏名 国保 太郎

電話番号 ( 000-△△△△-×××× )

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。

「旧被扶養者」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	000×××
申請する減免の区分	<input type="checkbox"/> 所得減少減免 <input type="checkbox"/> 災害減免 <input checked="" type="checkbox"/> 旧被扶養者減免 <input type="checkbox"/> 拘禁減免 <input type="checkbox"/> 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を記入してください

注 以下

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
決定	<p>【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。</p> <p>【事実発生日】 旧被扶養者に該当した日</p> <p>【申請理由記入例】 ・旧被扶養者であるため。</p> <p>【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 ・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。</p>	
備考	申請書裏面の記入は不要です。	力