

(様式第2号)

## いなべ市国民健康保険税減免申請書

(高齢者医療確保法の規定による被保険者となった者の被扶養者であることの申請)

年 月 日

いなべ市長 日沖 靖 様

申請人 住所 いなべ市

(納入義務者) 氏名

電話 - -

記号番号

国民健康保険税の減免について、いなべ市国民健康保険条例第29条の規定により下記のとおり申請します。

### 記

#### 1. 減免を受けようとする者(旧被扶養者)

住 所	いなべ市
氏 名	
国民健康保険資格取得日 (旧被扶養者に該当した日)	
生 年 月 日	年 月 日(※65歳以上であることを確認)

#### 2. 納期限及び金額

第1期	年 月 日	第6期	年 月 日
第2期	年 月 日	第7期	年 月 日
第3期	年 月 日	第8期	年 月 日
第4期	年 月 日	第9期	年 月 日
第5期	年 月 日	第10期	年 月 日

#### 3. 減免申請を受けようとする理由

後期高齢者医療制度の創設に伴い、制度創設時の後期高齢者又は制度創設後に75歳に到達する者が被用者保険から後期高齢者医療制度に移行することにより、当該被保険者の被扶養者から国保被保険者となった。

#### 4. 添付書類(状況が分かる資料・資格喪失証明書等)