

後期高齢者医療制度への移行に伴う
国民健康保険税減免申請書

令和 年 月 日

五所川原市長

納 税 義 務 者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	Ⓔ
	電話番号	

次のとおり申請します。

旧被扶養者に該当した年月日	平成・令和 年 月 日	
旧 被 扶 養 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日

【申請内容】

後期高齢者医療制度創設に伴う緩和（減額）措置の対象世帯に該当するため、五所川原市国民健康保険税条例第 27 条の規定により減免の申請をします。

【添付書類】

資格喪失証明書 旧被扶養者異動連絡票 その他市長が必要と認める書類

※次年度以降、減免を辞退する場合は申出が必要です。

被保険者番号

※職員記入欄

■この申請により減額される部分

- ・旧被扶養者に係る「所得割・資産割」の全額
- ・旧被扶養者に係る「均等割」の半額。ただし、国民健康保険の資格取得日の属する月以後 2 年間に限る。（7割・5割軽減に該当する場合を除く。）
- ・旧被扶養者のみで構成される世帯に係る「平等割」の半額。（7割・5割軽減に該当する場合を除く。）

国保年金課受付

※太枠内 をご記入ください。