

(旧被扶養者)

年度 国民健康保険税減免申請書

気仙沼市長 あて

令和 年 月 日

受付No. \_\_\_\_\_

下記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

保険証番号	申請者	住 所	気仙沼市								
		氏 名	(世帯主名 : )								
問合せ番号		連絡先	( )								
主		生年月日									
本人	個人番号										
申請理由 (詳しく書いてください。)											
_____が後期高齢者医療制度の被保険者に該当したため、被用者保険の被扶養者資格を令和_____年_____月_____日に喪失しました。											
このため、_____にかかる国民健康保険税について、減免願いたい。											
	家 族 名	続 柄	年 齢	職 業	収入月額						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
年度	期別	税額	納期限	自宅付近の見取図							
合 計											