|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 旧被扶養者に係る減免申請書 | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | | | | |
| 資格取得日 |  | | 減免開始年月日 |  | | 減免終了年月日 |
| 資格取得事由 | | | | | | |
| 1　扶養者が長寿医療制度へ移行したことによる資格喪失証明書の有無 | | | | | 有　　無 | |
| 2　転入による旧被扶養者異動連絡票の有無 | | | | | 有　　無 | |
| 3　その他  その他必要な書類の有無 | | | | | 有　　無 | |
| 昭和町国民健康保険税条例第26条第1項第2号に該当するため申請します。  昭和町長　　　　様  申請者住所  申請者氏名　　　　　　　　　　印  生年月日 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| 年齢  国保資格取得日前日の保険者 | | | | | | |