

第13号様式の2（第25条関係）

後期高齢者医療制度への移行に伴う
国民健康保険料減免申請書（旧被扶養者用）

●年 ●月 ●日

(宛先) 松山市長

世帯主の住所・氏名・フリガナ・電話番号をご記入ください。

納 付 義 務 者	住 所	松山市二番町4-7-2
	フリガナ	マツヤマ タロウ
	氏 名	松山 太郎
	電話番号	089-948-1234

旧被扶養者該当年月日・対象者の氏名を記入してください。（複数記入可）

ひととおり申請します。

旧被扶養者に該当した年月日	●年 ●月 ●日
旧被扶養者氏名	松山 花子

【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為、松山市国民健康保険条例第24条の規定により減免の申請をします。

添付書類

- (1) 被用者保険の保険者が発行する「資格喪失証明書」等の書類（既に松山市に提出済の場合は不要）
- (2) 旧被扶養者異動連絡票（他市町村からの転入により資格を取得した者）
- (3) その他市長が必要と認める書類

■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」の全額
- 〔旧被扶養者に係る「均等割」の半額（ただし7割・5割軽減世帯は除く）
- 〔旧被扶養者のみで構成される世帯に係る「平等割」の半額（ただし7割・5割軽減世帯は除く）

※平成31（令和元）年度以降の「均等割」・「平等割」については国保資格取得日の属する月以降2年間を経過するまでの間に限り減免処置を行う期間制限が設けられました。