様式第3号（第5条関係）

旧被扶養者に係る国民健康保険税減免申請書

　　　年　　　月　　　日

吉岡町長　様

申請者　住所

氏名

電話　　　　（　　　）

　　　年度以後の国民健康保険税について、吉岡町国民健康保険税条例第25条の規定により、下記のとおり減免の申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納税義務者名 | 記号番号 | 納税者番号 |
|  |  |  |
| 旧被扶養者に関する事項 | 氏　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 資格取得年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 被用者保険に関する事項 | 保　険　者　名 |  |
| 被　保　険　者　名 |  |
| 記　号　番　号 |  |
| 被用者保険の被保険者だった者に関する事項 | 後期高齢者医療被保険者の資格取得年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号 |  |