

**記載例**

国民健康保険料減免申請書（旧被扶養者用）

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者：世帯主，または旧被扶養者

申請者	住所	
	電話番号	( )
	氏名	
	個人番号	

被保険者番号：保険証の上部に記載してある6桁の番号です。

下記の理由により，柏市国民健康保険条例第28条の規定に基づき保険料の減免を申請します。

被保険者番号		
納付義務者	住所	
	氏名	
	個人番号	
減免の理由	旧被扶養者減免対象であるため。	
対象年度	年度 ~ 年度	

納付義務者は世帯主になります。

対象年度：国保に加入した年度から75歳になる前月に属する年度です。