

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	住所	
	電話番号 ()	
	氏名	
	個人番号	

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	