

国民健康保険税減免申請書

1 納付義務者

住所 _____

氏名 _____

2 減免を受けようとする税額 (_____ 年度)

第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期	第 5 期
円	円	円	円	円
第 6 期	第 7 期	第 8 期	第 9 期	合 計
円	円	円	円	円

3 減免を受けようとする事由

伊予市国民健康保険税条例第 2 5 条第 1 項第 2 号に定める者（旧被扶養者）に該当するため

旧被扶養者氏名 _____
(生年月日)

上記のとおり国民健康保険税の減免を申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者（納付義務者に同じ）
住 所 _____

氏 名 _____

伊予市長様

※市役所記入欄

区 分	承認 不承認	受 付
減 免 （ 仮 ） 決 定 額		
減 免 事 由	旧被扶養者減免	
そ の 他	旧被扶養者の確認 (該当する旧保険に○) (ア) 健康保険 (イ) 船員保険 (ウ) 共済組合 (エ) 私学共済 (オ) 健康保険日雇特例被保険者 (※国保組合は非該当) 年齢 65歳以上	