

様式第17号の2(第14条関係)

決裁欄	室長	室長補佐	参事	担当者	受付者

申請書受付印

国民健康保険料旧被扶養者減免申請書

年(年) 月 日

(宛先) 箕面市長

申請者 (世帯主) 住所 _____

氏名 _____

次のとおり申請します。

記号・番号	箕 国 一				
保険料減免申請の理由	_____の後期高齢者医療制度への移行により、 旧被扶養者となったため。(箕面市国民健康保険条例第24条第1項第2号に該当)				
	旧被扶養者	氏名			
		生年月日	年(年)	月	日
		旧被扶養者に該当した年月日	年(年)	月	日