

後期高齢医療制度への移行に伴う国民健康保険税減免申請書(旧被扶養者用)

年 月 日

土佐町長 様

納付義務者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

次のとおり申請します。

旧被扶養者に該当した年月日

年 月 日

旧被扶養者氏名

【申請内容】

後期高齢者医療制度創設に伴い緩和(減額)措置の対象世帯に該当するため、土佐町国民健康保険税条例第25条の規定により減免の申請をします。

添付書類

- 1.被用者保険の保険者が発行する「資格喪失証明書」等の書類(既に土佐町に提出済の場合は不要)
- 2.旧被扶養者異動連絡票(他市町村からの転入により資格を取得したもの)
- 3.対象者の本人確認書類