

減 額
国 民 健 康 保 険 料 免 除 申 請 書 (旧被扶養者減額用)
徴収猶予

京都市国民健康保険条例附則第 5 項の規定により、下記のとおり、旧被扶養者減額を申請します。

(あて先)京都市 区長

年 月 日

住 所
世 帯 主
氏 名

電 話 (- -)

国 保 記 号 番 号	京 ー
旧 被 扶 養 者 氏 名	
旧 被 扶 養 者 該 当 日	年 月 日
旧被扶養者減額対象期間	年 月 日～ 年 月 日

- (注) 1 上記の太枠欄のみ、記入してください。
 2 減額対象期間については、旧被扶養者該当日の属する月以降、当分の間（ただし、平等割及び均等割については2年を経過する月まで）です。
 3 京都市国民健康保険被保険者の適用を終了したときは、喪失した日の属する月以降の旧被扶養者減額については、適用しないことになります。

決 定 書	起案	年 月 日	決定	年 月 日
決 定	部 長	課 長	係 長	係 員

下記のとおり決定します。

減 額 額	年 度		医 療 分	後期高齢者支援分	台帳番号	
		平等割	円	円	年 月 (期) 入力済	
		均等割	円	円		
		所得割	円	円		
徴収猶予		年度 年 月分 ～ 年 月分 円				
不承認						
参考事項						
確認事項 及び 聞き取り事項						