

旧 被 扶 養 者 に 係 る 減 免 申 請 書

三 浦 市 長

住 所
申 請 者 氏 名
(世 帯 主)
電 話 番 号
個 人 番 号

後 期 高 齢 者 医 療 の 被 保 険 者 と な っ た 被 用 者 保 険 の 旧 被 保 険 者		住 所	
		氏 名	
		生 年 月 日	年 月 日
減 免 対 象 者	国 民 健 康 保 険 に 加 入 す る 被 用 者 保 険 の 旧 被 扶 養 者	住 所	
		氏 名	
		生 年 月 日	年 月 日

(注 意)
旧 被 扶 養 者 に 係 る 減 免 を 受 け る た め に は 、 申 請 書 の 提 出 が 必 要 で す 。