

魚津市告示第73号

国民健康保険税条例における旧被扶養者に係る減免取扱要綱を次のように定める。

令和6年3月29日

魚津市長 村椿 晃

国民健康保険税条例における旧被扶養者に係る減免取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、魚津市国民健康保険税条例（昭和34年魚津市条例第14号。以下「条例」という。）第20条第1項第4号に該当する者（以下「旧被扶養者」という。）に係る国民健康保険税（以下「保険税」という。）の減免（以下「減免」という。）に関する事務の取扱いに関し、必要な事項を定めるものとする。

(減免措置の内容)

第2条 旧被扶養者の保険税の減免措置の内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) 旧被扶養者に係る所得割額については、所得の状況にかかわらず当分の間、これを免除する。

(2) 旧被扶養者に係る被保険者均等割額については、資格取得日の属する月以後2年を経過する月までの間に限り、次に掲げる者の区分に応じ、それぞれ次に定める割合により、これを減免する。ただし、減額賦課5割又は7割軽減該当世帯に属する旧被扶養者については、減免を行わない。

ア 減額賦課非該当世帯に属する旧被扶養者 5割

イ 減額賦課2割軽減該当世帯に属する旧被扶養者 軽減前の額の3割

(3) 旧被扶養者のみで構成される世帯に限り、旧被扶養者の属する世帯に係る世帯別平等割額については、資格取得日の属する月以後2年を経過する月までの間に限り、次に掲げる世帯の区分に応じ、それぞれ次に定める割合により、これを減免する。ただし、旧被扶養者が属する世帯が、減額賦課5割若しくは7割軽減該当世帯又は特定世帯（国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の7第2項第8号イに規定する特定世帯をいう。）である場合は減免を行わない。

ア 減額賦課非該当世帯 5割

イ 減額賦課2割軽減該当世帯 軽減前の額の3割

ウ 減額賦課非該当の特定継続世帯 特定継続世帯に該当することによる世帯別平等割2割5分軽減前の額の2割5分

エ 減額賦課2割軽減該当の特定継続世帯 特定継続世帯に該当することによる世帯別平等割2割5分軽減及び減額賦課2割軽減前の額の1割

(減免の申請)

第3条 減免を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、条例第20条第2項に規定する期限(以下「申請期限」という。)までに国民健康保険税(旧被扶養者用)減免申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に次に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める書類を添付して、市長に申請しなければならない。

(1) 次号に掲げる者以外の者 被用者保険の「資格喪失証明書」又はこれに準ずる書類

(2) 他市区町村において旧被扶養者に係る保険税又は国民健康保険料の減免を受けていた者 旧被扶養者異動連絡票等により当該市区町村において減免を受けていたことがわかる書類

2 前項の申請を行った旧被扶養者は、翌年度以後の保険税に係る減免の申請を行ったものとみなすことができる。

(減免の期間)

第4条 当該旧被扶養者から減免の申請があった場合は、原則として当該申請のあった日以降の納期未到来分の保険税を減額するものとする。ただし資格取得日に遡って減免適用することができるものとする。

(旧被扶養者移動連絡票の交付)

第5条 旧被扶養者が市外に転出した場合は、当該被扶養者に旧被扶養者異動連絡票(様式第2号)を交付する。

(旧被扶養者管理簿)

第6条 旧被扶養者に係る保険税の減免状況を管理するため、旧被扶養者管理簿を備える。

(減免の終了)

第7条 旧被扶養者が死亡した場合、他保険へ異動した場合等は減免を終了する。

(細則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

国民健康保険税（旧被扶養者用）減免申請書

魚津市長

宛

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険税について、下記の理由により減免を受けたいので申請します。

被保険者証 番号				
旧被用者保険 本人	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
旧被扶養者 (65歳以上)	氏 名	生年月日		年齢
		年 月 日		歳
		年 月 日		歳
		年 月 日		歳
	該当した 年月日	年 月 日		
減免を受けよう とする理由	被用者保険の本人が後期高齢者医療制度に移行することにより、その被扶養者が国民健康保険に加入することになったため。			
減免を受けよう とする期間	年 月 から			

様式第2号（第5条関係）

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">旧被扶養者異動連絡票</div> 発行年月日    年    月    日発行								
旧被扶養者	氏 名							
	生年月日	年    月    日						
	旧被扶養者に 該当した年月日	年    月    日						
保 険 者	保険者番号 並びに保険者の 名称及び印	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 魚 津 市 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span>						
<p>注意事項</p> <p>1 転入した市町村において旧被扶養者に係る減免（被保険者均等割を半額等の措置）の申請を行う場合には、減免の申請書と合わせて、この連絡票を提出してください。</p> <p>2 この連絡票を破り、汚し、又は失ったときは、直ちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。</p> <p>3 この連絡票を破り、又は汚した場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。</p>								

- 備考 1 この連絡票は、対象となる旧被扶養者1人ごとに作成すること。
- 2 この用紙は、A列4番とすること。
- 3 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。