

函館市国民健康保険条例における旧被扶養者に係る  
保険料減免取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、函館市国民健康保険条例（昭和44年函館市条例第26号）第24条第1項第2号および第2項の規定による保険料の減免に関し必要な事項を定めるものとする。

(旧被扶養者の要件)

第2条 被用者保険被保険者の被扶養者（第4条第1項において「被扶養者」という。）から国民健康保険の被保険者となった者（以下「旧被扶養者」という。）である被保険者は、函館市国民健康保険条例第24条第1項第2号の規定に該当する者とする。

(減免措置の内容)

第3条 旧被扶養者に対する保険料の減免措置の適用は、申請によるものとする。

- (1) 旧被扶養者に係る所得割額については、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、次の割合により、減免する。ただし、減額賦課5割および7割軽減該当世帯に属する旧被扶養者については、この限りでない。

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、次の割合により、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、7割軽減該当世帯または特定世帯（国民健康保険法施行令第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、この限りでない。

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 当該軽減前の額の 3 割

ウ 減額賦課非該当の特定継続世帯（同号イに規定する特定継続世帯をいう。以下同じ。） 特定継続世帯に該当することによる世帯別平等割 2.5 割軽減前の額の 2.5 割

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 2.5 割軽減および減額賦課 2 割軽減前の額の 1 割

(4) その他旧被扶養者に係る減免の取扱いについては、他の条例減免と同様に行うこととする。

(手続等)

第 4 条 被扶養者でなくなったことにより資格取得する者に係る手続等については、以下のとおりとする。

(1) 被用者保険の保険者が発行する資格喪失証明書等によって、被保険者および被扶養者の資格喪失年月日、生年月日等を確認し、当該新たに国民健康保険の被保険者となった者が旧被扶養者に該当するか否かを判断する。

(2) 当該者が旧被扶養者の要件を満たす者である場合の減免申請は、別記第 1 号様式の申請書により行うものとする。

(3) 旧被扶養者から減免の申請があった場合、原則として申請のあった日以降の納期未到来分の保険料額を減免するものとする（ただし、申請書等の提出が遅れた場合の減免適用については、資格発生月に遡って適用することができる）。

2 他市町村からの転入により資格取得した者に係る手続等については、以下のとおりとする。

(1) 旧被扶養者異動連絡票等により、前項第 1 号と同様の判断を行う。

(2) その他の場合においては、前項第 2 号および第 3 号と同様の扱いとする。

(減免の継続および終了)

第 5 条 減免の継続および終了に係る手続等については、以下のとおりとする。

(1) 減免適用期間内の年度繰越時には、再申請を求めず継続して減免を適用するものとする。

(2) 旧被扶養者が死亡もしくは他保険へ異動した場合等は減免を終了する。

(異動連絡票の交付)

第6条 旧被扶養者が転出する際には、別記第2号様式の旧被扶養者異動連絡票を交付し、転入先の市町村において、資格取得する際に提示するよう確実に案内するものとする。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年10月31日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別記第1号様式(第4条関係)

# 国民健康保険料減免申請書

年 月 日

(宛先) 函館市長

住所 函館市 町 丁目 番(番地) 号

申請者

氏 名

個人番号

電 話

下記の者が被用者保険から後期高齢者医療制度に移行することにより、国民健康保険の被保険者となったため、減免申請したい。

後期高齢者医療制度該当者氏名および該当年月日			
氏名	( 年 月 日生)	該当年月日	年 月 日
住所			

年度

被 保 険 者 番 号			
通 知 書 番 号			
納 付 義 務 者 氏 名			
旧被扶養者 (減免対象者)	氏 名	( 年 月 日生)	
	資格取得日	年	月 日

別記第2号様式(第6条関係)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     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	男 ・ 女
	旧被扶養者 に該当した 年    月    日	年    月    日	
保 險 者	保険者番号 ならびに保 険者の名称 および印	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">2</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</span> </div> 函    館    市	
注意事項			
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にする措置）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。			
2. この連絡票を破り、汚し、また失ったときは、ただ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。			
3. 連絡票を破り、または汚した場合の2の申請には、この連絡票を添えて申請してください。			