

国民健康保険税特例対象被保険者申告書

(非自発的失業者国保税軽減用)

令和 年 月 日

桶川市長 小野克典様

申告者(世帯主)

住 所 桶川市

氏 名

電 話

桶川市国民健康保険税条例第22条の2第1項の規定により、国民健康保険税特例対象被保険者として軽減を受けたいので、次のとおり申告します。

保険証記号・番号	桶 ー				
特例対象 被保険者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
離職年月日	令和	年	月	日	
離職理由コード	1 1	1 2	2 1	2 2	2 3
※ 該当番号に○	3 1	3 2	3 3	3 4	

※ 申告の際は、雇用保険受給資格者証を持参してください。

※ 国民健康保険の資格を喪失した場合は、軽減は終了します。

※ 保険年金課処理欄(以下の欄は、記入不要です。)

軽減期間		令和 年 月分 ~ 令和 年 月分				
課長	係長	担当	備 考		入力	確認