

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。

被保険者記号・番号	桶 一					
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または雇用保険受給資格通知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	副課長	係長	担当	備考	入力	確認