

非自発的失業者に係る国民健康保険税特例対象被保険者等申告書

年 月 日

行 方 市 長 殿

住所 \_\_\_\_\_  
届出人 氏名 \_\_\_\_\_  
世帯主 氏名 \_\_\_\_\_

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり、非自発的失業者の国民健康保険税の軽減を申告します。

記

国保番号	
------	--

離職者氏名																				
個人番号																				
離職年月日																				
離職理由																				

【提示するもの】 雇用保険受給資格者証 又は 雇用保険受給資格通知