

国民健康保険税 特例対象被保険者等（非自発的失業者）の軽減に係る申告書

令和 年 月 日

岡 谷 市 長 殿

	住 所
届出者	氏 名
	電話番号

国民健康保険税の軽減を受けたいので、下記のとおり申告します。

記

1 国民健康保険被保険者情報

記号	番号	世帯主名
岡		

2 特例対象被保険者等（非自発的失業者）

離職者氏名 生年月日	離職年月日	雇用保険受給資格者証の離職理由番号 (該当番号に○印)	
年 月 日生	令和 年 月 日	特定受給資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
		特定理由離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4
年 月 日生	令和 年 月 日	特定受給資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
		特定理由離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4
年 月 日生	令和 年 月 日	特定受給資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
		特定理由離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4

3 添付書類…雇用保険受給資格者証もしくは雇用保険受給資格通知の写し

- ※ 平成21年3月31日以降の離職が対象です。
- ※ 雇用保険の特例受給資格者や高年齢受給資格者は対象となりません。

処理欄（以下には記入しないでください）		限・減	有 無	世帯コード	
入力	年度 年 月 日	備 考			