非自
発的失業者用

国民健康保険税 特例対象被保険者等申告書

令和　　年　　月　　日

大村市長　様

申告者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大村市国民健康保険条例第２６条の２に規定する特例対象被保険者等について、次のとおり申告します。

１　世帯主（納税義務者）

太枠の中を記入

国保番号	
氏　　名	□申告者と同じ
住　　所	□申告者と同じ

２　特例対象被保険者等

氏　　名	離職年月日
	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日
	令和　　年　　月　　日

３　離職理由

非自発的失業のため（特定受給資格者又は特定理由離職者に該当）

【参考】特定受給資格者　⑪⑫㉑㉒㉛㉜

特定理由離職者　㉓㉝㉞

（添付書類）次のいずれか

・雇用保険受給資格者証の写し

・雇用保険受給資格通知の写し

受付	入力	確認