

国民健康保険税軽減申請書 (非自発的失業者用)

令和 年 月 日

大村市長 様

世帯主 (国保番号)
(個人番号)

住 所

氏 名

電話番号 ー

特例対象被保険者の 氏名、離職年月日及 び個人番号	氏 名	離職年月日	個人番号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
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)		
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し		

<参考>

特定受給資格者 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺

特定理由離職者 ㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺

受付	入力	確認