

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

中札内村長 森田 匡彦 様

申告者（世帯主）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

中札内村国民健康保険税条例第16条の2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。

国 保 世 帯 番 号		
特 例 対 象 被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
離 職 年 月 日		雇用保険受給資格者証に表示されている離職年月日を記入してください。
		年 月 日
離 職 理 由 コー ド		雇用保険受給資格者証に表示されている離職理由番号を○で囲んでください。
		1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4

1. 申告の際は、雇用保険受給資格者証を持参してください。
2. この申告により特例被保険者に該当し国民健康保険税が軽減された場合、国民健康保険税納税更正通知書（更正・決定通知書）をもって適用決定通知に代えます。
3. 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。