

# 国民健康保険税(非自発的失業者)軽減申告書

薩摩川内市長 殿

この度、倒産や解雇など非自発的な理由で失業となり、薩摩川内市国民健康保険税条例第28条の2に該当するため、同条例第29条の2の規定に基づき、関係書類を添えて申告します。

申請者は、太線内を記入してください。

被保険者証 記号番号		薩川 A -				
対象者氏名	生年月日	離職年月日				
	昭 平 年 月 日	平成 令和 年 月 日				
離職理由 (雇用保険受給資格者証のコード) ※特例受給資格者、高年齢受給資格者については、右記コードでも対象外。	特定受給資格者 (倒産・解雇などによる離職)	11・12・21・22・31・32				
	特定理由離職者 (正当な理由のある自己都合退職)	23・33・34				
添付資料(必須)	雇用保険受給資格者証の写し					
申告日	令和 年 月 日					
世帯主氏名	印					
住所	薩摩川内市					
届出人	印 続柄( )					
※届出人は、世帯主と届出人が異なる場合のみ記入してください。						
電話番号	( ) -					
收受印	コード	該当日(離職年月日)				
	特定受給資格者 11・12・21・22・31・32	平成 年 月 日 令和				
	特定理由離職者 23・33・34	(平成21年3月31日以降の離職であること。)				
受付者	<input type="checkbox"/> 高年齢受給資格者でないこと。〈判別方法〉右上に「高」 <input type="checkbox"/> 特例受給資格者でないこと。〈判別方法〉右上に「特」 <input type="checkbox"/> 65歳未満であること。(雇用保険法の規定により65歳未満が対象)					