

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23条の2に該当するため、同条例第24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 年 月 日 令和				
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								
住 所		薩摩川内市						
届 出 人		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		() -						

収 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		☐ 高年齢受給資格者でないこと。〈判別方法〉右上に「高」 ☐ 特例受給資格者でないこと。〈判別方法〉右上に「特」 ☐ 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)					