

国民健康保険税 特例対象被保険者等軽減申告書〔条例第17条の4〕

※特例対象被保険者等であることの確認のため雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知のコピーを添付して下さい。

日野市長 へ				
日野市国民健康保険条例第17条の4の規定により下記のとおり申告いたします。				
離職者 氏名		生年月日	年 月 日	世帯主との続柄
離職年月日	年 月 日	離職理由 ※コードNo.	特定受給資格者	11・12・21・22・31・32
			特定理由離職者	23・33・34
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">世帯主氏名</p> <p style="text-align: center;">マイナンバー <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">(世帯主が申出される場合は記入不要) 申出者氏名</p> <p style="text-align: center;">マイナンバー <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">電 話 <input style="width: 150px;" type="text"/></p>				

【保険年金課使用欄】

年度	記号番号	-	該当者個人番号	
雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知 確認			資格取得日	/ /
有・無・後日提出		離職日	所得判明	マイ ナン バー 確 認
離職日以降 国保		離職理由	未申告	本人確認
離職日以前 国保		特・高に非該当	所得照会中	代理権確認
離職日以降 任継				番号確認
受付	受付者	資格入力	再確認者氏名	備考

* 転入の場合 転入日 年 月 日