

国民健康保険税特例対象被保険者申告書

令和 年 月 日

東 御 市 長

住 所

世帯主名
(納税義務者)

電話番号

個人番号													
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

東御市国民健康保険税条例第 24 条の 2 について、次のとおり申告します。

特例対象者被保険者氏名												
個人番号												
離 職 年 月 日	年 月 日											
離 職 理 由												

※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の提示が必要です。

確認処理欄

受 付 印	雇用保険受給資格 者証（資格通知） 写し	申 告	離職理由コード	世帯内におけ る限度額認定 証発行の有無	入 力
		有 ・ 無	＜特定受給資格者＞ 11、12、21、22、31、32 ＜特定理由離職者＞ 23、33、34	有 ・ 無	