

清須市国民健康保険  
特例対象被保険者等(非自発的失業者)に係る申告書

令和      年      月      日

清 須 市 長   様

清須市国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記について申告します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号					
世帯主	住 所	清須市			
	氏 名		TEL	(      )	
特例対象 被保険者等	氏 名		生年月日	昭和	年      月      日
	離職理由 コード	・特定受給資格者に対応する離職理由コード 11      ・      12      ・      21      ・      22      ・      31      ・      32			
		・特定理由離職者に対応する離職理由コード 23      ・      33      ・      34			
		※離職理由コードについては雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知に記載されている「離職理由コード」に一致する番号に○をつけてください。			
	離職年月日	令和      年      月      日			
添付書類	雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知の写し ※ただし、申請時に原本を確認いたしますので必ず原本もお持ちください。				

※太枠線内のみ記入してください。

※ この軽減は、給与所得のみ対象となり、他の所得については対象となりません。また、国民健康保険に加入中は途中で就職しても引き続き対象となりますが、会社の健康保険等に参加するなどして国民健康保険を脱退されますとこの特例措置は、終了されます。

処理欄			
(令和      年) 申 告 所 得		軽減後所得	
給与収入		給与所得(30/100) ※円未満切り捨て	
給与所得			
その他の所得		その他所得	
合計所得		合計所得	

※こちらの欄は記入しないでください。