

# 国民健康保険特例対象被保険者等申告書

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

福島市長

世帯主名を記入してください。

申告者  
(世帯主名)

国保 太郎

世帯主様の住所を記入してください。

住所

福島市五老内町3番1号

実際に窓口に来る方の氏名を記入してください。

届出人

国保 花子

※届出人と申告者（世帯主）が同じ場合は、記入不要です。

届出人の電話番号を記入してください。

電話番号

○○○-○○○○

福島市国民健康保険税条例第14条の3第1項の規定により、特例対象被保険者等に係る申告をします。

フリガナ												生年月日			
該当者氏名												昭平 ○年 ○月 ○日			
コクホ ハナコ												離職年月日			
国保 花子												平成 ○年 ○月 ○日			
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	令和 ○年 ○月 ○日		
離職理由 (離職)		特定受給資格者		11		12		21		22		31		32	
必ず原本をお持ちください。		者		23		33		34							

雇用保険受給資格者に記載されている退職日を転記してください。

【添付書類】雇用保険受給資格者証の写し

雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由番号に丸をつけてください。

## 注意事項

※雇用保険受給資格者証の持参がない場合は、受付できません。

※軽減該当した場合も、税額が変更にならない場合があります。

※離職年月日は、雇用保険受給資格者証から転記してください。

※離職理由（離職コード）は、あてはまる番号に丸をつけてください。

※離職日が平成21年3月30日以前の方は、対象外となります。

※離職理由は当該措置の対象となるものに限ります。

※雇用保険受給資格者証が複数ある場合は、受給資格者証ごとに記入してください。

市記入欄（記入の必要はありません）

担当者記入欄	担当者名	記入不要です。
	国保番号	
国保年金課 記入欄	該当者の宛名番号	
備考欄		