

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

申告者
(世帯主名)

住所

届出人

※届出人と申告者（世帯主）が同じ場合は、記入不要です。

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									
										離職年月日									
										平成 年 月 日									
個人番号																			
離職理由 (離職コード)		特定受給資格者		11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32															
		特定理由離職者		23 ・ 33 ・ 34															

【添付書類】雇用保険受給資格者証の写し

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です。

※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		課税説明	
	国保番号			
国保年金課 記入欄	該当者の宛名番号			
	備考欄			