

【記載例】

国民健康保険税軽減申告書

(国民健康保険特例対象被保険者用)

平成 **22** 年 **4** 月 **16** 日

国見町長 佐藤 力 様

納付義務者 (世帯主)

住 所 国見町 **大字藤田字一町田二番の1**

氏 名 **国 見 太 郎**

電話番号 **024 - 585 - 2111**

私の世帯に属する被保険者が地方税法第703条の5の2第2項に規定される特例対象被保険者等に該当しますので、国見町国民健康保険税条例第24条及の2の規定により、下記のとおり申告いたします。

保険証番号	記号 島14 番号 0000009999
被保険者氏名 (離職者氏名)	国 見 太 郎
離職年月日	(『雇用保険受給資格者証』に表示されている離職年月日を記入) 平成 22 年 3 月 31 日
離職理由 コード番号	(『雇用保険受給資格者証』に表示されている離職理由コード番号に○) 11 ・12・21・22・23・31・32・33・34
添付書類	<u>雇用保険受給資格者証の写し</u>

<注意>

※ 軽減後の税額は、国民健康保険納税通知書 (決定更正通知書) により通知します。

※ 就職等により国民健康保険の資格を喪失した場合は、14日以内に届出してください。