

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 年 月 日

国見町長 佐藤 力 様

納付義務者 (世帯主)

住 所 国見町

氏 名

電話番号

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 1 4 番号
被保険者氏名 (離職者氏名)	
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 年 月 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	雇用保険受給資格者証の写し

<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。