

特例対象被保険者等に係る申告

令和 年 月 日

埧町長 様

次のとおり、非自発的失業に係る国民健康保険税等軽減のための申告をいたします。

納税義務者氏名 (世帯主)	⑨
住 所	〒 ー 東白川郡塙町大字 ー 番地 (Tel ー ー)
被保険者氏名 (離職者)	
離職年月日	『雇用保険受給者証』に表示されている離職年月日を 記入してください。 ↓ 年 月 日
離職理由番号 雇用保険受給者 証に表示されて いる離職理由番 号を○で囲んで ください。 →	特定受給資格者に対応する離職理由番号 11 解雇 12 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇 21 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり） 22 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり） 31 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職 32 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職 特定理由離職者に対応する離職理由番号 23 期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし） 33 正当な理由のある自己都合退職 34 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12箇月未満）
添付書類	雇用保険受給者証の写し

《注意》

1. 雇用保険受給資格者証がない場合は受付できません。
紛失した方は、ハローワーク（公共職業安定所）にて再交付または証する書類の交付を受けてください。