

太枠の中のみ記入して下さい。

国民健康保険税特例対象被保険者等に係る申告書		
年 月 日		
(あて先)高浜市長		
申告者(世帯主)住所 高浜市		
氏名		
電話		
高浜市国民健康保険税条例第24条の2第1項の規定により特例対象被保険者等について下記のとおり申告します。		
記		
非自発的失業 をした人	氏 名	
	生年月日	年 月 日
失業をした日 (離職年月日)	年 月 日	
離職事由(※)	11 12 21 22 23 31 32 33 34	

※ 雇用保険受給資格者証の第1面に記載のある「離職理由」に一致する番号に○を付けてください。

(注意事項)

- 申告には、雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください。
- 雇用保険受給資格者証のない場合や上記の事由以外は対象となりません。
- 離職年月日が平成21年3月31日以降の場合に対象となります。
- 失業した本人の給与所得のみを30／100として取り扱います。
- 高額療養費の所得区分判定についても適用があります。
- 再就職等により国保の資格を喪失した場合は、特例の対象期間が終了となります。

備 考		記号番号	対象者の個人番号
		入力	受付