

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

上三川町長 様

申請者 \_\_\_\_\_  
(個人番号 \_\_\_\_\_)

世帯主 \_\_\_\_\_  
(個人番号 \_\_\_\_\_)

※申請者と世帯主が同じの場合は、記入不要です。

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

上三川町国民健康保険税条例第24条の2の規定により申告します。

被保険者証の記号番号						
特例対象被保険者等	氏 名	(個人番号 _____)	生年月日	年	月 日	
	住 所				世帯主との続柄	
	離 職 日	年 月 日				
	離職理由	1 特定受給資格者	離職理由コード	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2		
		2 特定理由離職者	離職理由コード	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4		
確認(添付)資料	雇用保険受給資格者証					
備考						

※事務処理欄

受理年月日 年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	主 任
決裁年月日 年 月 日				