

国民健康保険税特例対象者被保険者等に係る申告書

令和 年 月 日

大 口 町 長

申告者 被保険者番号 _____

(世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

届出者 氏 名 _____

※届出者が申告者と同じ場合は記入不要です。

大口町国民健康保険税条例第29条の2の規定により、国民健康保険税の課税の特例を受けたく、雇用保険受給資格を証する書類を添えて申告します。

申 告 事 項											
対象者氏名											
個人番号											
離職年月日	令和 年 月 日										
離職理由 (離職コードに○)	倒産・解雇等の事業主都合による離職（特定受給者資格者） 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2										
	雇用期間満了などによる離職（特定理由離職者） 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4										