

特例対象被保険者等(非自発的失業者)に係る申請書

串間市長 様

令和 年 月 日

私の世帯内の被保険者は、添付の『雇用保険受給資格者証』の表示内容のとおり、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に該当するので、串間市国民健康保険税条例第24条の3により申告いたします。

被保険者証記号番号	—		
納税義務者氏名 (世帯主)	Ⓜ		
住 所	〒 — 串間市 (TEL - -)		
被保険者氏名 (離職者氏名)	生年月日	昭和	年 月 日 平成
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してください 令和 年 月 日		
離職理由番号	『雇用保険受給資格者証』に表示されている離職理由番号を○で囲んでください 11・12・21・22・23・31・32・33・34		

※ ご注意

1. 雇用保険受給資格者証(写し)を添付すること
2. この申告により特例被保険者に該当し国民健康保険税が軽減された場合、国民健康保険税納税通知書(変更決定通知書)を持って適用決定通知に代えます。
3. この軽減は、給与所得のみ対象となり、他の所得については対象となりません。

処 理 欄

(平成 年) 申告所得		軽減後所得	
給与収入		給与所得(30/100)	
給与所得		※円未満切り捨て	
その他の所得		その他所得	
合計所得		合計所得	