

国民健康保険税特例対象被保険者等申告書

平成 年 月 日

喜多方市長 様

(申請者)
住 所 喜多方市
氏 名 ⑩
電話番号 — —

地方税法第703条の5の2第2項に規定する特例対象被保険者等に該当しますので、喜多方市国民健康保険税条例第14条の2の規定により下記のとおり申告します。

国保被保険者番号	
世帯主氏名	
住 所	喜多方市
特例対象被保険者等氏名	
離職年月日	平成 年 月 日
離職理由コード	
備 考	

以下市記入欄

離職理由等確認 (雇用保険受給資格者証により記載)	離職年月日	平成 年 月 日	離職理由コード	特定受給資格者 11 12 21 22 31 32 特定理由離職者 23 33 34					
国保加入年月日	平成 年 月 日	軽減対象年度		年度・ 年度					
		入力年度		年度・ 年度					

雇用保険受給資格者証の写し添付確認		受付	所得資産入力	確認①	確認②