

特例対象被保険者等に係る軽減申告書

大分市長 殿

令和 年 月 日

納税義務者 (世帯主)	住所												
	氏名											連絡先	
	個人番号												
代理申告人	住所												
	氏名											連絡先	

下記の者が、特例対象被保険者等に該当するため、国民健康保険税の軽減を申告します。

記

○特例対象被保険者等(雇用保険受給資格者証・雇用保険受給資格通知に記載されている方)

フリガナ											生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
氏名																	
個人番号																	
離職年月日	平成	年	月	日													
離職理由 〔注1〕	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 (離職理由 : 11・12・21・22・31・32)						<input type="checkbox"/> 特定理由離職者 (離職理由 : 23・33・34)										

[注1]雇用保険受給資格者証または、雇用保険受給資格通知の離職理由欄に記載のある番号に従って、どちらかに☑をお願いいたします。

※特例対象被保険者とは、国民健康保険の被保険者又は特定同一世帯所属者のうち、雇用保険法に規定する特定受給資格者または特定理由離職者であって失業給付の受給資格を有するものをいいます。

市処理欄(以下は記入しないでください)

本人確認 あり ・ なし

チェック	入力	受付

保険証番号	特例対象者宛名番号														
開始年月日	終了年月日														
平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日								
備考															