

特例対象被保険者等申告書

平成 年 月 日

八王子市長 殿

住所
届出者(納税義務者) 氏名
電話番号

国民健康保険の特例を受けるため、特例対象被保険者等について、下記のとおり
雇用保険受給資格を証する書類を添えて申請します。

記

- 国民健康保険納税義務者番号 (-)
- 特例対象保険者等(雇用保険受給資格者)

	氏名	離職年月日	受給資格者証の離職理由番号に	
			特定受給資格者	
1		平成 年 月 日	特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
			特定理由離職者	23、33、34
2		平成 年 月 日	特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
			特定理由離職者	23、33、34
3		平成 年 月 日	特定受給資格者	11、12、21、22、31、32
			特定理由離職者	23、33、34

(注意1) 雇用保険受給資格者証の写しが無い場合は受付できません。

紛失した方は、公共職業安定所にて再交付または証する書類の交付を受けてください。

(注意2) 雇用保険の特例受給資格者や、高年齢受給資格者は対象となりません。

国民健康保険税額の変更がある場合は、提出の翌月に変更決定通知書が送付されます。

事務欄 以下に記入しないでください。

国保受領日	入力	軽減実施月	実施確認	受付番号	受付印
年 月 日				-	
非該当理由	却下決裁日	却下通知番号	発送日		