

特例対象被保険者等申告書

年 月 日

八王子市長 殿

住所

届出者(納税義務者)

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、下記のとおり申告します。

記

1 国民健康保険納税義務者番号 (—)

2 特例対象被保険者等(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○	
1		年 月 日	特定 受給資格者	11、12、21、22、31、32
	個人番号		特定 理由離職者	23、33、34
2		年 月 日	特定 受給資格者	11、12、21、22、31、32
	個人番号		特定 理由離職者	23、33、34

《注意》 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	NWS確認状況	受付印
			①資格課税担当者名()) 確認年月日 (. .)	
非該当理由	却下決裁日	却下通知番号	②処理内容(レチェックを) ()NWS確認済 ()NWSエラー等 ⇒返信用封筒渡す	
<small>身元確認 <input type="checkbox"/>納税義務者 <input type="checkbox"/>世帯員 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>その他 ())</small>			<small>代理権確認 <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>その他 ())</small>	