

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

(非自発的失業申告書)

湯前町長 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第2項に規定される特例対象被保険者に該当するので
湯前町国民健康保険税条例第23条の2により申告します。

被保険者番号	湯前 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
納税義務者氏名 (世帯主)	Ⓜ						
住所	湯前町 番地 (TEL — —)						
被保険者氏名 (離職者氏名)							
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の番号を○で囲んでください。 特定受給資格者 11・12・21・22・31・32 特定理由離職者 23・33・34						

※ご注意

1. 申告者は、国民健康保険税の納税義務者である世帯主となります。
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)をもって適用決定通知書に代えます。