

町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係	担当者

国民健康保険税失業軽減申請書

(非自発的失業者用)

氏 名		
個人番号		
生年月日	年 月 日	年 月 日
離職年月日	年 月 日	年 月 日
国民健康保険 資格取得日	年 月 日	年 月 日
被保険者証番号		
軽減対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
区 分	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 <small>(離職コード 11. 12. 21. 22. 31. 32)</small> <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 <small>(離職コード 23. 33. 34)</small>	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 <small>(離職コード 11. 12. 21. 22. 31. 32)</small> <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 <small>(離職コード 23. 33. 34)</small>
添付書類	雇用保険受給資格者証	雇用保険受給資格者証

非自発的失業者に該当しますので、国民健康保険税の失業軽減を申請します。

久山町長 殿

年 月 日

住 所 糟屋郡久山町大字

世帯主名 _____

個人番号 _____

電話番号 () - _____