

特例対象被保険者等（非自発的失業者関係）に係る国民健康保険税減額申請書

年 月 日

宇佐市長 宛て

申請者（世帯主） 住 所 宇佐市
氏 名
電話番号

㊞

特例対象被保険者等（非自発的失業者関係）に係る国民健康保険税の減額措置を受けたいので次のとおり申請します。

対象被保険者氏名	
個人番号	
納税通知書番号	
離職年月日	年 月 日
離職理由 ※ 該当する番号 を○で囲む	<特定受給資格者に対応する離職理由コード> 1 1（解雇） 1 2（天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇） 2 1（雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）） 2 2（雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）） 3 1（事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職） 3 2（事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職） <特定理由離職者に対応する離職理由コード> 2 3（期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし）） 3 3（正当な理由のある自己都合退職） 3 4（正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12ヶ月未満））
備考	