

非自発的失業者に係る軽減申請申告書

令和 年 月 日

鬼北町長 様

申請者（世帯主）

住 所
氏 名 ㊟
生年月日
電話番号

私は、下記のとおり鬼北町国民健康保険税条例第 23 条の 2 の規定による特例対象被保険者に該当するため、第 24 条の 2 の規定により、「雇用保険受給資格者証」の写しを添付し申請します。

記

あなたがお持ちの「雇用保険受給資格者証」に記載されている事項を確認し、記入してください。

- ①資格者証の交付を受けた方（軽減対象者）の氏名と生年月日を記入してください。
- ②離職年月日を記入してください。
- ③離職理由に記載されている番号を○で囲んでください。
- ④退職日の翌日（国保加入日）の満年齢を記入してください。

①資格者氏名		生年月日	年	月	日
②離職年月日					
③離職理由コード	(特定受給資格者) 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2				
	(特定理由離職者) 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4				
④退職日の翌日現在の満年齢	満 歳				

【添付書類】雇用保険受給資格者証の写し