

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

○対象者についてご記入ください。

対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
個 人 番 号		国 保 適 用 開 始 日	年 月 日

○雇用保険の情報についてご記入ください。

離職理由コード ※該当する理由に 丸をつけてください	【特定受給資格者】 11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32 【特定理由離職者】 23 ・ 33 ・ 34
離 職 日	年 月 日

上記のとおり申告いたします。

(宛先)伊勢崎市長年 月 日

世帯主 氏名

住所

申告者 氏名

☐1. 世帯主☐2. 世帯員☐3. その他(住所をご記入ください)

住所
※3のみ記入

電話番号