

## 非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	-	個 人 番 号	
氏 名		生 年 月 日	年 月 日
		性 別	
		続 柄	

離 職 理 由 コー ド		離 職 日	年 月 日
資 格 適 用 開 始 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 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(申告者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

1. 本人 2. 世帯主 3. 代理人 ( )

電話番号 ( )