

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

記載例 下記の赤枠内の記載をお願いします

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	1 2 3 4 - 5 6 7 8	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏 名	伊勢崎 一郎	生 年 月 日	昭和 55 年 5 月 1 日
		性 別	男
		続 柄	世帯主

離職理由コード		離 職 日	年 月 日
資格適用開始日	年 月 日		

※雇用保険受給資格者証の内容を確認し、職員が記載をします。

上記のとおり申告いたします。

(宛先) 伊勢崎市長

令和 2年 5月 20日

世帯主 住 所 群馬県伊勢崎市今泉町二丁目4 1 0 番地

氏 名 伊勢崎 一郎

(申告者) 住 所 群馬県伊勢崎市今泉町二丁目4 1 0 番地

氏 名 伊勢崎 一郎

①. 本人 2. 世帯主 3. 代理人 ()

電話番号 0270 (24) 5111

日中連絡がつく電話番号をお願いします