

非自発的失業に伴う国民健康保険税軽減申請書

.....年.....月.....日

(宛先) 山形市長

納税義務者
(世帯主)

住 所.....
氏 名.....
個人番号.....
電話番号..... (.....)

下記理由により失業したため、関係書類を添えて国民健康保険税の軽減申請をいたします。

離職者	氏 名				個人番号
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
離職年月日			年	月	日
離職理由		倒産	解雇	雇い止め	その他(.....)

【添付書類】 雇用保険受給資格者証のコピー

※処理欄 (この欄は記入しないで下さい)

受付印	国保番号:	—	処理印・点検印
	宛名番号:	—	
	離職理由コード:		
一連No.	判定:	該当 非該当	

※対象期間：離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末まで
ただし、対象期間の途中で国保を離脱した場合は、その時点で終了

※対象者：離職理由コードが 11・12・21・22・23・31・32・33・34 に該当する者