

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

令和 年 月 日

名取市長 あて

納税義務者(世帯主)

住 所 名取市

氏 名 _____

個人番号 _____

電 話 _____ () _____

名取市国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記のとおり国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告をします。

記

離職者氏名		
生年月日		昭和・平成 年 月 日
個人番号		
離職年月日		平成・令和 年 月 日
離職理由 コード (○で囲む)	特定受給資格者	11・12・21・22・31・32
	特定理由離職者	23・33・34
添付書類		雇用保険受給資格者証(雇用保険受給資格通知)の写し

※ 職員確認欄

離職日の満年齢 65歳未満	適・不適	所得申告 (世帯)	証番号	A	通知番号	
------------------	------	--------------	-----	---	------	--

確認職員()