

年 月 日

四街道市長

様

住所

世帯主氏名

電話番号

()

国民健康保険税軽減届出書
(非自発的離職者用)

下記のとおり、 年度国民健康保険税の軽減を受けるため、届け出します。なお、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、四街道市が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

被保険者番号 _____

離職者氏名	生年月日	離職年月日	離職理由番号	離職した会社名
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		

*被扶養者の記入は必要ありません。

離職理由番号は雇用保険受給資格者証、雇用保険受給資格通知の第1面の「離職理由」欄の番号を記入してください。

添付書類：雇用保険受給資格者証の写しまたは雇用保険受給資格通知

以下 市記入欄

確認事項	確認欄	チェック欄
国保資格取得年月日	年 月 日	
年齢確認	歳	
離職理由番号	11 12 21 22 23 31 32 33 34	