

国民健康保険特例対象被保険者等申告書（非自発的離職者用）

年 月 日

六戸町長 殿

納税義務者（世帯主）

住 所 六戸町 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____

六戸町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。

なお、この申告内容の確認等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、六戸町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。

年 度	令和 年度																
離職理由 (コードを ○で囲む)	離職理由コード（11、12、21、22、23、31、32、33、34） この減免申請の原因となった離職者（失業者）																
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>氏 名</th><th>離職の時期</th><th>離職した会社名</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>年 月 日</td><td></td></tr></tbody></table>		氏 名	離職の時期	離職した会社名	1		年 月 日		2		年 月 日		3		年 月 日	
		氏 名	離職の時期	離職した会社名													
	1		年 月 日														
2		年 月 日															
3		年 月 日															
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し																

<注意> 離職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、役場に14日以内に届出なければなりません。