

年 月 日

結 城 市 長 様

枠の中を記入して下さい。

届 出 者	住 所 _____ (納税義務者) 世帯主の氏名 _____ (印)
	電 話 番 号 _____

世帯主様の住所氏名を記入押印して下さい。

特例対象被保険者等（非自発的失業者）に係る申告書

国民健康保険税について、下記により軽減を受けたいので、雇用保険受給資格者証を添えて申告します。

記

国 保 番 号		受給資格者証の離職理由番号に ○						
離 職 した 人		特定受給資格者	11	12	21	22	31	32
離 職 年 月 日	年 月 日	特定理由離職者		23	33	34		

雇用保険受給資格者証を確認の上
記入して下さい

受付番号	受付印

上記の申告書を受理し、内容が確認 できましたので、特例対象被保険者と して保険税の算定を行います。	決 裁	課長	課長補佐	係長	係