

特 例 対 象 被 保 険 者 等 に 係 る 国 民 健 康 保 険 税 軽 減 申 告 書

年 月 日

磐梯町長 様

磐梯町国民健康保険税条例第 24 条の 3 の規定により、下記のとおり国民健康保険料の軽減を申告します。

対象者氏名	生年月日	離職年月日
	年 月 日	年 月 日
離職理由 (雇用保険受給資格者証のコード) ※特例受給資格者、高年齢受給資格者については、右記コードでも対象外。	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4	
添付資料 (必須)	雇用保険受給資格者証の写し	
届出日 年 月 日		
世帯主氏名 _____		
住 所 磐梯町 _____		
届出人 _____ 続柄 ()		
電話番号 _____		

確 認 欄	
○初年度(年度)対象給与所得 _____円 → _____円	レ点 ☐
○次年度(年度)対象給与所得 _____円 → _____円	☐
○離職コード 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 ・ 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4	☐
○該当日(離職日の翌日) 年 月 日	☐
※ 平成 2 1 年 3 月 3 1 日以降の離職であること	
○雇用保険受給資格者証の写し	☐
備 考	

入力日
年 月 日

課長	係長	係 員	受付