

国民健康保険税 特例対象被保険者等申告書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 小松市長

自署の場合は
押印不要で

納税義務者 (世帯主)

住所 小松市 小馬出町○番地

氏名 小松 太郎 印

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

電話番号 (0761) 24 - 〇〇〇〇

下記の者について、地方税法第703条の5の2第2項に規定する特例対象被保険者等であることを申告します。

また、小松市国民健康保険税条例第21条の2の規定による国民健康保険税の課税の特例を受けたいので、同条例第22条の2の規定により、特例対象被保険者等に該当することを証明するため雇用保険受給資格者証を提示します。

年 度	○ 年度
記号番号	小 1234567
氏 名	小松 太郎
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
離職年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日
離職理由	解雇のため。 (離職理由コード No. 11)
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し

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

【確認欄】 離 職 日 平成21年3月31日以降
離職日時点での年齢 65歳未満
離職理由コード 11・12・21・22・23・31・32・33・34