

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

納税義務者 (世帯主)

住 所 小松市

氏 名 ㊞

個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

電話番号 () -

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
氏 名	
個人番号	
離職年月日	年 月 日
離職理由	(離職理由コード No.)
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