

非自発的失業者に係る

国民健康保険料軽減届出書

太線枠内の必要事項をすべて記入してください。

個人番号												国保番号(寝国)											
離職者の氏名												生年月日	昭 ・ 平	年	月	日							
離職の理由	雇用保険受給資格者証の離職の理由欄に該当する番号を○印で囲んでください。																						
	1. 特定受給資格者								2. 特定理由離職者														
離職理由コード	11	12	21	22	31	32			23	33	34												
離職年月日	雇用保険受給資格者証の離職年月日を記載してください。																						
	年			月			日																
<p>上記のとおり非自発的失業者に係る国民健康保険料の軽減を、雇用保険受給資格者証(写し)を添えて届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛て先) 寝屋川市長</p> <p style="text-align: center;">住所 寝屋川市</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>																							

[以下担当課記入欄]

受付印

供 覧	課長	課長代理	係長	係員

個人コード												
対象期間	年 月～			年 3 月まで								
軽減期間	年 月～			年 3 月まで								

入 力	確 認