

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		
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。			
令和 年 月 日			
(宛て先) 寝屋川市長			
住所 寝屋川市			
世帯主 氏名			

[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