

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

柳川市長 殿

柳川市国民健康保険条例第25条の2の規定により、下記の国民健康保険税所得割の算定基礎（給与所得）について、軽減されますよう別添資料とともに申告します。

年 月 日

申告者 住所：柳川市
(納税義務者)

氏名：

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号：

(地区行政区 班 宛名番号)

記

記号・番号	宛名番号
特例対象被保険者 (非自発的失業者)	
個人番号	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日

受付者確認欄 (添付書類確認の上記入)			
特定受給資格者 (離職理由 11・12・21・22・31・32)		特定理由離職者 (離職理由 23・33・34)	
離職日	年 月 日 ※離職日の翌日において65歳未満であること	65歳未満確認	
資格取得日	年 月 日	軽減期間	年3月末日

※添付書類

「雇用保険受給資格者証」または「雇用保険受給資格通知」の写し

健康づくり課

課長	課長補佐	係長	係

受付庁舎

柳川
大和
三橋