

# 国民健康保険税の課税の特例に係る申告書

令和 年 月 日

半田市長様

納税義務者（世帯主）

住所 半田市

氏名

電話番号 ( ) -

届出者（納税義務者と同じ場合は不要）

住所 半田市

氏名

世帯主との続柄

下記の者は特例対象被保険者等であることを申告します。

離職理由	非自発的離職による失業							
	離職理由コード	特定受給資格者	11	12	21	22	31	32
	(該当コードに○)	特定理由離職者	23	33	34			
離職年月日	平成・令和 年 月 日							
対象者	被保険者番号				氏名			
	個人番号				生年月日		離職日時点の年齢	
	昭・平 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳等で対象者の個人番号を確認することに同意します。								
添付書類	<input type="checkbox"/> 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 ※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知を提示した場合はチェックしてください。							

市処理欄	認定証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特定疾病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 65歳未満 <input type="checkbox"/>	宛名番号	
備考			受付
			入力