

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 殿

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 (該当コードに○)	特定受給資格者	11	12	21	22	31	32
		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	被保険者証番号				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の写し ※雇用保険受給資格者証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