

課 長	課長補佐	係 長	係	窓口受付

非自発的失業者に係る国民健康保険税軽減等申告書

被保険者証記号番号										氏名、生年月日									
五所川原										氏名 (昭和・平成 年 月 日 生 歳)									
離 職 年 月 日										平成 年 月 日 ※雇用保険受給資格者証を添付 令和									
離職理由										☐ 倒産や解雇等（特定受給資格者） ☐ 雇止め等（特定理由離職者） (離職理由 1 1, 1 2, 2 1, 2 2, 3 1, 3 2) (離職理由 2 3, 3 3, 3 4)									

五所川原市国民健康保険税条例第 2 4 条の 2 の規定により申告します。

令和 年 月 日

五 所 川 原 市 長

〒 0 3 7 -

申請者 住 所 五所川原市

氏 名

世 帯 主

連 絡 先

※処理欄

判定結果	☐ 承 認 ☐ 不承認	宛名コード																	
		マイナンバー																	
保 險 税 軽減期間	令和 年 月 日から 令和 年 3 月 日まで ※離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末まで																		
高 額 所得区分 適用期間	令和 年 月 から 令和 年 7 月 まで ※離職日の翌日の翌月診療分から、税軽減期間の終了する年の 7 月まで（離職日の翌日が 1 日 の場合はその月から）																		
離職月日	年 月 日					国保取得月日					年 月 日					No.			