

国民健康保険に係る特例対象被保険者の適用申告書

年 月 日

飯山市長 あて

【世帯主】

住 所 _____

世帯主名 _____

【特例対象被保険者に該当する方】

氏 名 _____

生年月日 昭・平 年 月 日

(電話 _____)

私は、国民健康保険に係る特例対象被保険者の適用を受けたいので下記のとおり申告します。

令和 年 月 日付けの離職については、雇用保険の受給資格が生じていないため、雇用保険受給者証はありません。

※税務課チェック欄

確認項目	チェック
前回の離職年月日は？ 離職年月日： 年 月 日	
前回の軽減終了期日は？ (上記離職年月日の翌月を含む年度の翌年度末まで) 令和 年度末	
国保資格取得日は、上記の軽減期間内ですか？ 国保資格取得年月日： 年 月 日	

特例対象被保険者	世帯 CD		失業開始日(離職年月日の翌日)	
	住民 CD		軽減対象年度	年度 年度
初回申請日		入力日(年度)		入力日(年度)