

非自発的失業申告書

(国民健康保険特例対象被保険者等に係る届出)

伊達市長

令和 年 月 日

私の世帯内の被保険者は、添付の『雇用保険受給資格者証』の表示内容のとおり、地方税法第703条の5第2項に規定される特例対象被保険者に該当するので、伊達市国民健康保険税条例第24条の2により申告いたします。

国保世帯番号												
納税義務者氏名 (世帯主)												
個人番号												
住 所	〒 - (TEL - -)											
被保険者氏名 (離職者氏名)												
個人番号												
離職年月日	『雇用保険受給資格者証』に表示されている離職年月日を記入してください ↓ 令和 年 月 日											
離職理由 番 号	『雇用保険受給資格者証』に表示されている離職理由番号を ○ で囲んでください ↓ 11・12・21・22・23・31・32・33・34											

※ ご注意

1. 申告者は、国民健康保険税の納税義務者である世帯主となります。
2. この申告により特例被保険者に該当し国民健康保険税が軽減された場合、国民健康保険税納税通知書(変更決定通知書)をもって適用決定通知に代えます。

受付担当者記入欄			
窓口受付 担当者印		窓口に来られた方	確 認 書 類
		世帯主・同一世帯員・ それ以外の方(要委任状)	マイナンバーカード・免許証・ その他()