

年 月 日

国民健康保険料軽減届出書

(非自発的失業者に係る軽減届出書)

江 津 市 長 様

次のとおり添付書類を添えて、国民健康保険料の軽減について、届出書を提出します。

(世帯主)

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

個人番号 _____

電話番号 _____

被 保 険 者 証 記 号 番 号	0 7 -
特例対象被保険者等の氏名	(ふりがな)
生 年 月 日	年 月 日
個 人 番 号	
離 職 年 月 日	年 月 日
離 職 理 由	特定受給資格者 (11 12 21 22 31 32) 特定理由離職者 (23 33 34)
軽 減 適 用 期 間	年 月 から 年度末まで
備 考	離職時年齢 (歳)

※特例受給資格者（短期雇用特例被保険者：右上に特）、高年齢受給資格者（65歳到達以後離職者：右上に高）をお持ちの方は今回の軽減の対象ではありません。

システム入力日

課 長	補 佐	係 長	受 付	合 議