

(非自発的失業者)

令和 年度国民健康保険税軽減申請書

気仙沼市長 あて

令和 年 月 日

受付No. \_\_\_\_\_

下記のとおり国民健康保険税の軽減を申請します。

保険証番号	申請者	住 所	気仙沼市									
		氏 名	(世帯主名 : )									
問合せ番号		連絡先	( )									
主		生年月日						年 齢	満	歳		
本人		個人番号										
申請理由 (詳しく書いてください。)												
1 離職年月日 令和 年 月 日 離職理由コード												
2 特例対象資格者の別 特定受給資格者 特定理由離職者												
3 雇用保険受給資格者証 支給番号 04080- -												
4 同上交付者 管轄公共職業安定所 管轄地方運輸局												
気仙沼												
	家 族 名	続 柄	年 齢	職 業	収入月額							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

※雇用保険受給資格者証 (写し) の添付が必要です。  
(A4両面コピー)

受付	入力	確認