

# 国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書

この申告書は、倒産、解雇などの一定の理由により離職された方に対して、国民健康保険税や高額療養費の所得区分について軽減措置を受けるための手続きに使用します。

## <離職された方> (国民健康保険の被保険者)

フリガナ			生年月日	年 月 日															
氏名			個人番号																
住所	(建物名等)																		
離職理由コード	番 ( <input type="checkbox"/> 特定受給資格者 <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 )		離職日	年 月 日															
離職時の年齢 (65歳未満が対象)	歳																		

## <申告者> (国民健康保険の世帯主)

益田市長 様 (申告日) 年 月 日																			
上記のとおり申告します。																			
フリガナ			生年月日	年 月 日															
署名			個人番号																
氏名			電話番号	- -															
住所	<input type="checkbox"/> 離職した方と同じ (記入不要) (建物名等)																		

益田市使用欄

## <軽減対象者の状況>

該当日	年 月 日	国保加入日	年 月 日
対象期間	年 月 日	から	年 月 日 まで
適用期間	年 月 日	から	年 月 日 まで

本人確認	提出方法	確認事項	受付	入力	確認
①番・免・パ・手帳 雇用保険受給資格者証 ②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ( ) ③ヒア	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員 ( ) <input type="checkbox"/> 同住 ( ) <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他 ( ) <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 限度額認定証の交付 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 該当日翌月以降の主変 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> No. _____ <input type="checkbox"/> 所得の申告 済 ・ 未済	国保番号		
			宛名番号		

