

国民健康保険税特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

播磨町長 様

納税義務者 (世帯主) 住 所 播磨町
氏 名 _____
電話番号 _____

申告者 (世帯主以外の場合のみ記入) 住 所 _____
氏 名 _____

国民健康保険税の特例を受けるため、特例対象被保険者等について、
下記のとおり雇用保険受給資格を証する書類を添えて申告します。

国民健康保険被保険者証番号		対象者氏名 (ふりがな)			
		()			
生 年 月 日	離 職 年 月 日	受給資格者証の離職理由番号に○			
年 月 日	年 月 日	特定受給資格者	11	12	21 22 31 32
		特定理由離職者	23	33	34

- 《注意1》雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知が無い場合は受付できません。
紛失された方は、ハローワークにて再交付または証する書類の交付を受けてください。
- 《注意2》雇用保険受給資格者証の右上に「特」と記載されている特例受給資格者の方や、「高」と記載されている高年齢受給資格者の方は対象となりません。

播磨町記入欄

確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 高年齢受給資格者ではない (右上に「高」の表示または上部に緑色のラインがない) <input type="checkbox"/> 特例受給資格者ではない (右上に「特」の表示または上部に橙色のラインがない) <input type="checkbox"/> 離職日において、65歳未満である		
備 考	資格担当入力	課税担当確認	受付印