

(宛先) 高松市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

特例対象被保険者等国民健康保険料軽減届出書

次のとおり保険料の軽減を受けたいので、高松市国民健康保険条例第23条の3の規定により届けます。

世帯主	住所												
	氏名												
	個人番号												
特例対象被保険者	氏名												
	個人番号												
	生年月日	昭和・平成 年 月 日											
離職年月日		平成 年 月 日											
離職理由		<input type="checkbox"/> 1 1	<input type="checkbox"/> 1 2	<input type="checkbox"/> 2 1									
(該当する□にレ点をつけてください。)		<input type="checkbox"/> 2 2	<input type="checkbox"/> 2 3	<input type="checkbox"/> 3 1									
		<input type="checkbox"/> 3 2	<input type="checkbox"/> 3 3	<input type="checkbox"/> 3 4									

(注)

- 1 雇用保険の特定受給資格者又は特定理由離職者であることが条件です。
- 2 届出をするときは、必ず雇用保険受給資格者証を提示してください。
- 3 軽減の対象となる期間は、離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末までとなります。
- 4 軽減の対象となる所得は、特例対象被保険者等の給与所得のみです。
- 5 一度届出書を提出し、翌年度も継続して加入している場合は、翌年度の軽減に係る届出書の提出は必要ありません。

チラシ配布	未・済	概 算	未・済
宛 名 番 号		保 険 証 番 号	
該 当 年 月 日		非 該 当 年 月 日	
受 付 番 号		入 力 処 理	未・済

受付者サイン

個人番号確認欄	確認書類 1. 個人番号カード 2. 個人番号通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等	職 権	・不明 ・拒否 ・その他( )
---------	---------------------------------------------------------	-----	-----------------------