

特例対象被保険者等申告書

袖ヶ浦市長 様

納税義務者 住所

(世帯主) 氏名

印

電話

納税義務者及び同一世帯の方が署名する場合は押印は不要です

袖ヶ浦市国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記のとおり特例対象被保険者等について申告します。

記

特例対象被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 納税義務者と同じ
	生年月日	年 月 日
	個人番号	
	離職理由	【特定受給】 11 12 21 22 31 32 【特定理由】 23 33 34
	離職年月日	年 月 日
	添付書類	雇用保険受給資格者証の写し

高額療養費等における所得区分判定にあたり、本申告書の提出をもって届出書の提出があったものとみなし、所得区分判定について軽減後の所得で判定するものとします。

【処理欄】

受付者	
-----	--

※ 担当課以外は記入しないで下さい

国保番号						資格取得日	年 月 日
異動事由	1 社保離脱				離職理由	離職日	年 月 日
	2 転入					軽減適用期間	開始日
	3 その他()				終了日		年 3月 31日
給与所得	軽減前	円			世帯所得区分	変更前	
	軽減後	円				変更後	

確認欄	資格担当確認		限度額担当確認		賦課担当確認	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	担当者		担当者		担当者	