

国民健康保険税軽減兼高額療養費所得区分の判定申請書

(非自発的離職者用)

令和 年 月 日

砺波市長 あて

記 号 番 号 _____

住 所 砺波市 _____

世帯主（納税義務者）氏名 _____

電 話 番 号 _____

(窓口に来られた方 続柄)

下記のとおり、国民健康保険税の軽減及び高額療養費所得区分の判定を申請します。

<申請内容> 国民健康保険税の軽減 及び 高額療養費所得区分の判定

<申請理由> 非自発的離職による失業

○この申請の原因となった離職者（特例対象被保険者）

	氏 名	生年月日	離職年月日	離職した会社名
1		昭・平 令 年 月 日	年 月 日	
	個人コード		国保加入日	令和 年 月 日
2		昭・平 令 年 月 日	年 月 日	
	個人コード		国保加入日	令和 年 月 日

※就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、市役所へ14日以内に届出なければなりません。

<添付書類> 雇用保険受給資格者証 又は 雇用保険受給資格通知の写し（両面）

市役所確認欄

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 又は 雇用保険受給資格通知の写し（両面） (コード：11・12・21・22・23・31・32・33・34)	
限度額適用認定証	有 ・ 無	