

国民健康保険特例対象被保険者等（非自発的失業者）に係る申告書

令和 年 月 日

身延町長 殿

納税義務者（世帯主）

住 所 身延町

氏 名

個人番号

電話番号 ()

身延町国民健康保険税条例第24条の2の規定により申告します。

国民健康保険特例対象被保険者等（雇用保険受給資格者）

氏 名	離 職 日	受 給 資 格 者 証 の 離 職 理 由 番 号 に ○	
	令和 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》 この申告には、公共職業安定所（ハローワーク）にて交付された雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の提示が必要となります。

紛失した場合は、公共職業安定所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》 雇用保険の特例受給資格者や高年齢受給資格者は対象となりません。

事務欄 以下は記入しないでください。

受 付 日	受付者印	添 付 書 類	確 認 事 項
令和 年 月 日		☐ 雇用保険受給資格者証の写し または ☐ 雇用保険受給資格通知の写し	☐ 離職日時点で65歳未満 ☐ 特例受給資格者ではない ☐ 高年齢受給資格者ではない
認 定 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年度末		
給 与 所 得	年度（ 年中）	当初 円 → 軽減後 円	
	年度（ 年中）	当初 円 → 軽減後 円	
適用終了日	令和 年 月 日 国保資格喪失による		