

国民健康保険税特例対象被保険者等申告書

年 月 日

いわき市長 様

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。  
2 該当する番号を丸で囲んでください。

被保険者記号・番号

申告者 (世帯主)	住 所										
	ふりがな										
	氏 名										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	電話番号	( )									
対象者	ふりがな										
	氏 名										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	離職年月日	年 月 日									
	離職理由	11 12 21 22 31 32 (特定受給資格者 / 事業主都合による離職) 23 33 34 (特定理由離職者 / 雇用期間満了等による離職)									

備考 雇用保険受給資格者証を提示してください。

- ※ 一度申告をすれば軽減措置の期間満了まで所得の再審査を継続します。  
また、高額療養費等の所得区分判定も行い、同様に継続します。
- ※ 保険税と高額療養費等では軽減措置の適用期間が異なります。
- ※ 世帯主と離職した方の個人番号（マイナンバー）を記載してください。
- ※ 窓口で手続きする方の本人確認ができるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）を提示してください。
- ※ この申告は、非自発的失業に係る国民健康保険税等軽減措置適用のために利用します。