

特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

小鹿野町長様

申告者（納税義務者）

住 所 小鹿野町

氏 名 _____ 印 _____

電話（ ）

下記の国民健康保険被保険者等は、小鹿野町国民健康保険税条例第21条の2に規定する特例対象被保険者等ですので、国民健康保険税の算定における前年所得を30/100とみなして算定していただきたく、第22条の2の規定により関係書類を添えて申告します。

記

被保険者等氏名 _____

- ・ 特定受給資格者（11・12・21・22・31・32）
- ・ 特定理由離職者（23・33・34）

備 考

- 雇用保険受給資格者証（写）
- 国民健康保険被保険者証（写）※ 新規加入者は不要

チェックリスト ※ この欄は担当課で記入します。

離職年月日	_____年 _____月 _____日（平成21年3月30日以前は対象外）
離職理由コード	・ 特定受給資格者（11・12・21・22・31・32） ・ 特定理由離職者（23・33・34）
減額期間 （離職日翌日から翌年度末）	_____年 _____月 _____日 ～ _____年 3月31日 ※ ただし、社会保険加入などの理由により国保資格を喪失した場合は終了