

国民健康保険税非自発的失業者軽減申請書

年 月 日

伊賀市長 様

住 所

世帯主氏名

世帯主の  
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

—

—

伊賀市国民健康保険条例26条の2の規定により国民健康保険税の軽減を受けたいので次のとおり申請いたします。

保険証番号																					
離職者の氏名																					
離職者の個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
離 職 日	年 月 日																				
離職理由番号 (該当に○)	11・12・21・31・32 (特定受給資格者) 23・33・34 (特定理由離職者)																				
適用期間	年 月から 年度末まで																				

※ 申請にあたっては、雇用保険受給資格者証が必要となります。

※ 下記の全てに当てはまる方が軽減の対象となります。

1. 平成21年3月31日以降に離職した人
2. 離職日の時点で65歳未満の人
3. 雇用保険の特定受給資格者（離職番号：11・12・21・22・31・32）、  
または特定理由離職者（離職番号：23・33・34）に該当する人

※ 高齢者受給資格者と特例受給資格者は対象となりません。

入		照	
力		合	