

非自発的失業者に係る国民健康保険料軽減届出書

令和 年 月 日

松原市長 殿

住 所 松原市

申請者 氏 名
(世帯主)

記号番号

TEL (— —)

松原市国民健康保険条例第26条の2の規定により、国民健康保険料の軽減届出を致します。

	氏 名	続柄	離職年月日	離職理由コード	離職理由
軽 減 対 象 者	1.			11・12・21・22・31・32 23・33・34	・特定受給資格者 ・特定理由離職者
	2.			11・12・21・22・31・32 23・33・34	・特定受給資格者 ・特定理由離職者
	3.			11・12・21・22・31・32 23・33・34	・特定受給資格者 ・特定理由離職者
	4.			11・12・21・22・31・32 23・33・34	・特定受給資格者 ・特定理由離職者
	5.			11・12・21・22・31・32 23・33・34	・特定受給資格者 ・特定理由離職者

備考

入力処理	受付

* この届出による軽減の対象期間は、離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末までとなります。ただし、軽減の対象期間内に国民健康保険の資格を喪失した場合は、その喪失日の属する月の前月までが対象となります。