

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

年 月 日

珠洲市長

住 所
世帯主 氏 名
個人番号
電話番号

珠洲市国民健康保険税条例第22条の2第1項の規定により、下記のとおり申告します。

記

1. 被保険者記号番号 ()

2. 特例対象被保険者等

	氏名・生年月日	離職年月日	離職理由の番号を○で囲む。	
1	年 月 日	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
	個人番号			
2	年 月 日	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
	個人番号			

- ≪注1≫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。
 ≪注2≫就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、14日以内に届出してください。
 ≪注3≫国民健康保険税額の変更がある場合は、後日、変更決定通知書が送付されます。

※事務処理欄（記入しないでください）

添付書類	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証（写） <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格通知（写）				
取得年月日	年 月 日				
軽減該当日	年 月 日				
軽減内容	国保税	年度、	年度		
	高額	年 月～	年 月		
				税務課 受付 審査	市民課 受付 審査

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	