

菰野町国民健康保険税非自発的失業者に対する軽減申請書

令和 年 月 日

菰野町長

住 所 菰野町 _____

世帯主氏名 _____

電話番号 _____

菰野町国民健康保険税条例第 24 条の 2 第 1 項の規定により国民健康保険税の軽減を受けたいので、次のとおり申請します。

保険証番号						
軽減対象者						
生年月日			年		月	日
離職日			年		月	日
離職理由コード						
適用期間			年		月	日
	※期間終了日までに国民健康保険を喪失された場合喪失日までとなります。					

- 対象者：離職日に 65 歳未満であること（離職時点の年齢が満 64 歳以下）
- 軽減期間：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
- 雇用保険受給資格者証に記載の離職コードが、以下に該当する場合に対象となります。
 - 特定受給資格者に対応する離職理由コード：11、12、21、22、31、32
 - 特定理由離職者に対応する離職理由コード：23、33、34