

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

年 月 日

いすみ市長 様

申 告 者（軽減該当者）

住 所：

電話番号：

氏 名：

個人番号：

私は、下記に該当することから、国民健康保険税の軽減の申告をいたします。

国 保 番 号		世帯主名											
資 格 取 得 日	年 月 日	世 帯 主 個 人 番 号											
離 職 年 月 日	年 月 日												
該 当 事 由	特定受給資格者コード	11	12	21	22	31	32						
	特定理由離職者コード	23	33	34									
軽減適用期間	年 月 日 から 年度末 まで												
・ 軽減の期間は離職年月日の翌日から翌年度末までの期間となります。 ・ この申告により、前年の給与所得を 30/100 とみなして、算定が行われます。 ・ この申告には、公共職業安定所（ハローワーク）にて交付された雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知（離職理由が確認できるもの）の提示が必要となります。 ・ 被用者保険（会社等の健康保険）に加入し、資格を喪失した場合には、適用が終了いたします。 ・ 下記の離職理由を満たさない者、又は満たしているが、雇用保険の手続きをしていない者については、対象とはなりません。													

離職理由について

【特定受給資格者】

- 1 1. 解雇
- 1 2. 解雇（天災等）
- 2 1. 事業主からの雇い止めによる契約満了（3 年以上）
- 2 2. 事業主からの雇い止めによる契約満了（3 年未満更新明示あり）
- 3 1. 事業主に起因する正当な理由のある自己都合退職
- 3 2. 事業所移転等による正当な理由のある自己都合退職

【特定理由離職者】

- 2 3. 事業主からの雇い止めによる契約満了（3 年未満更新明示無し）
- 3 3. 正当な理由のある自己都合退職
- 3 4. 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間 1 年未満）