

非自発的失業に伴う国民健康保険料軽減届出書

■ 特例対象被保険者

被保険者		記号	福				番号						
被保険者	氏名						生年月日	昭・平	年	月	日		
	離職年月日	平成・令和	年	月	日	離職理由コード	11・12・21・22・23 31・32・33・34		※該当のコードに○をつけてください。				

福知山市国民健康保険条例第25条の3に基づき特例対象被保険者の届出をします。

令和 年 月 日

福知山市長 様

※保険料の変更は、翌月分
からとなります。**変更がある
場合は**、翌月の中旬に通知
します。また、賦課額が変わ
らない場合もあります。
**申請月分からの変更には
申し出が必要です。**

説明しました。

世帯主	住所	福知山市
	氏名	

届出人	1、世帯主 2、世帯員 3、代理人	氏名	
	電話番号	() -	
代理人の場合は住所			

◎添付書類 雇用保険受給資格者証（雇用保険法施行規則第17条の2第1項に規定されるもの）

下記の欄は記入しないでください。

		課長	課長補佐	係長	係員
	決裁				
届出者実存確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()				
手続き方法	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状または類するものを持参)				
確認書類	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 番号連携		受付者		
処理	国保資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日
	賦課決定	<input type="checkbox"/> 済(期~) <input type="checkbox"/> 無			
前年給与所得	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(非該当説明要) <input type="checkbox"/> 未申告(転入等)				
入力	令和 年 月 日	担当者名	確認	令和 年 月 日	担当者名