国民健康保険税特例対象被保険者等申告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

大崎市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世　帯　主（納税義務者） | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

　大崎市国民健康保険税条例第２４条の２の規定に基づき，下記の者が特例対象被保険者等であることを申告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特例対象被保険者等 | 氏　　　名 |  |
| 離職年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 離職時年齢 | 　　　　　　　　　　　　歳 |
| 離職理由 | □ | 11 | 解雇 | 特定受給資格者 |
| □ | 12 | 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇 |
| □ | 21 | 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり） |
| □ | 22 | 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり） |
| □ | 31 | 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職 |
| □ | 32 | 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職 |
| □ | 23 | 期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし） | 特定理由離職者 |
| □ | 33 | 正当な理由のある自己都合退職 |
| □ | 34 | 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12ゕ月未満） |

〈以下税務課処理欄〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 「雇用保険受給資格者証」写 | 国保取得日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 世帯番号 |  | 離職者個人コード |  | システム入力日 |  |