

国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書

令和 年 月 日

(宛て先) 和 光 市 長

私は、和光市国民健康保険税条例第22条の2第1項及び第2項の規定により、必要書類を添えて申告します。

納税義務者 (世帯主)	住所	和光市		
	氏名			
	被保険者番号		電話番号	— —

対象者	住所	☐ 世帯主と同じ											
	氏名	☐ 世帯主と同じ											
	マイナンバー (個人番号)												
	離職年月日	年 月 日											
	離職理由	特定受給 資格者	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2										
		特定理由 離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4										
再就職の 有無	有 ・ 無 ※有の場合、雇用保険受給資格者証が必要です												

市役所記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

窓口受付時	窓口に来た方の身元確認	
	《1点》 ☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ 住基カード ☐ パスポート ☐ 身障手帳 ☐ 在留カード ☐ その他() 《2点》 ☐ 資格確認書 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他() ☐ 雇用保険受給資格者証	

備考		入力担当印	照合
----	--	-------	----

☐ 情報連携不要