

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			
	保険証番号		電話番号	— —

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ											
	氏名	<input type="checkbox"/> 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》 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()										
《2点》 <input type="checkbox"/> 保険証(健・介) <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()											

情報連携不要

備考		入力担当印	照合
----	--	-------	----

健康保険医療課 → 課税課