

須恵町 国民健康保険 非自発的失業者軽減申請書

氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
個人番号		
退職年月日	年 月 日	年 月 日
国民健康保険 資格取得日	年 月 日	年 月 日
軽減対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
区 分	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 (離職コード 11, 12, 21, 22, 31, 32) <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 (離職コード 23, 33, 34)	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者 (離職コード 11, 12, 21, 22, 31, 32) <input type="checkbox"/> 特定理由離職者 (離職コード 23, 33, 34)
添付書類	雇用保険受給資格者証	雇用保険受給資格者証

上記のとおり、国民健康保険の非自発的失業者軽減を申請します。

年 月 日

住 所

糟屋郡須恵町大字

世帯主名

電話番号 () -

須 恵 町 長 殿

被保険者証番号	
世帯主個人番号	
受 付 者	
処 理 日	
処 理 者	

受 付 印