

被 保 険 者 証 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

非自発的失業者国民健康保険料軽減申請書

令和 年 月 日

尼 崎 市 長 あて

申請者(世帯主)

住 所

尼崎市

TEL 06-

氏 名

印

申 請
代理人

印

(続柄)

離職者(本人)

氏 名

は 令和 年 月 日に

個人 番号																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

非自発的的理由により離職しましたので、国民健康保険料の軽減を申請します。

<対象となる方>

次のいずれにも該当する方が対象となります。

①雇用雇用保険の特定受給資格者(倒産、解雇等の事業主により離職した方)

または特定理由離職者(雇用期間満了などにより離職した方)

⇒雇用保険受給資格者証の離職理由が11,12,21,22,23,31,32,33,34,に該当される方

※雇用保険受給資格者証(写し)を必ず添付してください。

②離職日現在年齢65歳未満

注)失業及び所得激減による減免と同時に当該軽減を受けることはできません。

令和 年 月 日
国民健康保険法施行令29条の7の2
第2項の定めるところにより承認します。

本庁・阪塚・J尼・阪尼・
()証明コーナー

課長	係長	係	受付	入力
				済・未

記入例

被 保 険 者 証 番 号

Grid for insurance card number

非自発的失業者国民健康保険料軽減申請書

令和 2年 4月 1日

尼崎市 長 へ

届出日（届出をする日付）をご記入ください

申請者（世帯主）

住 所

尼崎市 東七松町1丁目23-1

TEL 06-6489-6423

氏 名 尼崎 年 男

印

申 請 代理人 尼崎 花子

印

（続柄 妻）

離職者（本人）

わからなければ記入不要です

氏 名 尼崎 花子

は 令和〇〇年〇〇月〇〇日に

Individual number grid: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

雇用保険受給者証でご確認ください

非自発的により離職しましたので、国民健康保険料の軽減を

ここには、世帯主及び軽減対象である世帯員に関する内容をご記入ください

〈対象となる方〉

太枠の中を記入してください

※該当される方の雇用保険受給者証の写し（両面）を添付してください。

注)失業及び所得激減による減免と同時に当該軽減を受けることはできません。

令和 年 月 日
国民健康保険法施行令29条の7の2
第2項の定めるところにより承認します。

本庁・阪塚・J尼・阪尼・
()証明コーナー

Table with columns: 課長, 係長, 係, 受付, 入力, 済・未