

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

氏 名

申 請
代理人

(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

～本人又は同一世帯の方が届出できます～

この例では軽減対象者本人である尼崎花子さんが届出する場合(世帯主は〔夫〕尼崎年男さん)

非自発的失業者国民健康保険料軽減申請書

令和 4年 4月 1日

尼 崎 市 長 あて

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

申 請 代 理 人 尼 崎 花 子

(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

個人番号	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

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

太枠の中を記入してください

《届出書記入の際の注意事項》

- ※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。
- ※届出は、世帯主の義務となります。ただし、世帯主が手続できない場合は、世帯主以外の方でも届出できます。
- ※代理人(別世帯)の方は、必ずご自身の身元確認できるもの(個人番号カード・運転免許証・旅券など)を同封してください。