

令和 年 月 日

国民健康保険税等軽減申請書

印 西 市 長 様

住 所.....

世帯主 氏 名.....

電話番号.....

被保険者番号.....

下記の者の非自発的失業者に係る国民健康保険税等の軽減申請をいたします。

氏名

生年月日

離職年月日

離職理由コード 下記のいずれかに○を付けてください。

*雇用保険受給資格者証に記載されている「離職理由」のコードを記入

【特定受給資格者に対応する離職理由コード】

- 1 1 解雇
- 1 2 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
- 2 1 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）
- 2 2 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）
- 3 1 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
- 3 2 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職

【特定理由離職者に対応する離職理由コード】

- 2 3 期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし）
- 3 3 正当な理由のある自己都合退職
- 3 4 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12ヶ月未満）

離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末まで、失業した本人の給与所得金額のみを30/100とみなして国民健康保険税が算定されます。また、高額療養費等の所得区分についても軽減後の所得により判定されます。

注 この申請書には、「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付して提出してください。

特例受給資格者証と高年齢受給資格者証は対象外です。