

非自発的失業者に係る国民健康保険税の軽減申告書

令和 年 月 日

(あて先) 幸手市長

申請世帯 住所

幸手市

世帯主名

電話番号 ()

次の者について、雇用保険受給者証の写しを添えて申告します。

非自発的失業者氏名	フリガナ ()
生年月日	年 月 日 (満 歳) ※ 退職時の年齢 (歳)
離職年月日 (雇用保険受給資格証⑪から転記)	年 月 日
離職理由 (雇用保険受給資格証⑫に記載の 番号を○で囲む)	1 1 1 2 2 1 2 2 3 1 3 2⇒特定受給資格者 2 3 3 3 3 4⇒特定理由離職者

添付書類・・・雇用保険受給者証

※ 職員記入欄 (処理者名)

軽減の対象期間

離職日の翌日の属する月	離職日の翌日の属する年度の <u>翌年度末</u>
年 月	年 3 月 3 1 日

非自発的失業者軽減の対象となる離職理由コード

コード		理 由
特定 受給 資格 者	1 1	解雇
	1 2	天災等の理由により事業の継続が不可能と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	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）

次の表示は、軽減の対象ではありません。

特 又は 上部に橙色ライン・・・「特例受給資格者証」のこと

高 又は 上部に緑色ライン・・・「高年齢受給資格者証」のこと