

決 裁	担 当	担当係長	担当係長	保険(料)係長	課 長

保険証番号 ()

受付印

国民健康保険料軽減届出書

(非自発的失業者軽減用)

令和 年 月 日

北九州市 区長 様

納付義務者

住 所 _____

氏 名 _____

(電話 - -)

申 請 人 (申請人と納付義務者が違う場合のみ記入)

住 所 _____

氏 名 _____

(電話 - -)

北九州市国民健康保険条例第20条の2第2項の規定に基づき、特例対象被保険者等となることを届出ます。

届出理由

特例対象被保険者等氏名

離 職 年 月 日 令和 年 月 日

離 職 理 由 11・12・21・22・23・31・32・33・34

(該当する離職理由のコードを○で囲んでください。)

※ 調査結果

軽減適用 可 ・ 不可

軽減期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

確認方法 情報連携による照会

雇用保険受給資格者証 又は 雇用保険受給資格通知(全件版)