

非自発的失業者への国民健康保険税軽減を郵送にて申告される方は、申告書の太枠内に必要事項をご記入の上、「雇用保険受給資格者証」または「雇用保険受給資格通知」のコピーとともに国保年金課宛て郵送してください。

〈郵送先〉〒440-8501 豊橋市今橋町1番地 国保年金課 保険税グループ

### 特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

豊橋市長 様

特例対象被保険者等に係る国民健康保険税の課税の特例を受けるため、次のとおり申告します。

|           |  |                                  |                   |  |
|-----------|--|----------------------------------|-------------------|--|
| 対象者       | 住所   |                                  |                   |  |
|           | 氏名   | 申請者本人の住所・氏名・生年月日・マイナンバーをご記入ください。 |                   |  |
|           | 生年月日   |                                  |                   |  |
|           | 個人番号<br>(マイナンバー)   |                                  |                   |  |
| 被保険者記号・番号 | 被保険者証の記号番号<br>をご記入ください。  | 電話番号                             | 連絡のとれる番号をご記入ください。 |  |
| 世帯主氏名     | 申請者本人ではなく、世帯主の氏名をご記入ください。  |                                  |                   |  |
| 離職年月日     | 年 月 日  |                                  |                   |  |
| 離職理由番号    | ・ 特定受給資格者証に記載されていますので、確認の上ご記入ください。<br>1 1 . 3 2<br>・ 特定理由<br>2 3 . 3 3 . 3 4 |                                  |                   |  |

(市記入欄)

|  |  |
|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <h1>記入不要</h1> </div> |  |
|--|--|