

記載例

様式第 8 号

赤字部分がご本人様に書いていただく部分になります。

こちらの申告書以外に、

雇用保険受給資格者証の両面コピーを添付してください。

国民健康保険税特例対象被保険者等に関する申告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 佐倉市長

受付印

佐倉市国民健康保険税条例第 25 条の 2 の規定により、国民健康保険税に係る特例対象被保険者等であることについて下記のとおり申告します。

「納税義務者氏名」は世帯主様のお名前、
「特例対象被保険者氏名」は非自発的失業者本人
のお名前をご記入ください。

記

「個人番号」はマイナンバーカード裏面に記載されて
いる 12 桁の番号になります。(マイナンバーカードを
お持ちでない方は無記入で構いません)

フリガナ	サクラ タロウ	納 税 義 務 者 個 人 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
納 税 義 務 者 氏 名	佐倉 太郎		
住 所	佐倉市海隣寺町 9 7 番地	☎	043-484-1111
フリガナ	サクラ タロウ	特例対象 被保険者 個 人 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
特例対象 被保険者 氏 名	佐倉 太郎		
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	離 職 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日
離職理由 コード	該当するコード番号を○で囲んでください。 1 1 1 2 2 1 2 2 2 3 3 1 3 2 3 3 3 4		

(市役所使用欄)

受付者	受給者証 添付確認	特例対象被保険者 個人コード	入力確認
「雇用保険受給資格者証」に記載されている離職理由コードを○で囲んでください。 なお、離職理由はここに書かれている番号以外は非該当です。 例：× 2 4、× 4 0 など			