

# 非自発的失業者に係る国民健康保険料軽減の届出書

特例対象被保険者等（非自発的失業者）について、次のとおり届出します。

被保険者証記号番号	亀 ー		
対象者氏名	生年月日	離職年月日	
	昭和 平成	年 月 日	平成 令和
離職理由	雇用保険受給資格者証の離職理由番号に○		
	特定受給資格者	11、12、21、22、31、32	
	特定理由離職者	23、33、34	
添付資料(必須)	雇用保険受給資格者証の写し		
届出日	令和 年 月 日		
住所	_____		
世帯主氏名	_____		
届出者 (世帯主以外の場合)	_____		
電話番号	( ) _____		

(あて先) 亀岡市長

## 確認欄

確認事項	<input type="checkbox"/> 特例受給資格者・高年齢受給資格者ではない
	<input type="checkbox"/> 失業時点で65歳未満である
	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の添付
	<input type="checkbox"/> 離職理由コード確認
	<input type="checkbox"/> 失業軽減入力
	<input type="checkbox"/> 再届出(初回届出 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 届出者以外の世帯内の非自発的失業者 有・無
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の交付 有・無 有の場合 区分変更 有・無	

課長	係長	担当	受付