

非自発的失業者に係る 国民健康保険税の軽減 申請書  
 高額療養費所得区分変更

平成 年 月 日

御宿町長 石田 義廣 様

申請者 住所：  
 (世帯主)

氏名： 印

私は、下記に該当することから、国民健康保険税の軽減 高額療養費所得区分変更 の申請をいたします。

被保険者番号	御	電話番号	
該当者氏名			
離職年月日	平成	年	月 日
該 当 事 由	特定受給資格者コード	11	12 21 22 31 32
	特定理由離職者コード	23	33 34
軽減適用期間	平成	年度	～ 平成 年度 まで
<ul style="list-style-type: none"> <li>・軽減等の期間は資格取得日から翌年度末までの期間となります。</li> <li>・この申請により、前年の所得を 30/100 とみなして、算定が行われます。</li> <li>・この申請には、公共職業安定所（ハローワーク）にて交付された雇用保険受給資格者証の提示が必要となります。</li> <li>・被用者保険（会社等の健康保険）に加入し、資格を喪失した場合には、適用が終了いたします。</li> <li>・下記の離職事由を満たさない者、又は満たしているが、雇用保険の手続きをしていない者については、対象とはなりません。</li> </ul>			

離職事由について

【特定受給資格者】

- 1 1 . 解雇
- 1 2 . 解雇（天災等）
- 2 1 . 事業主からの雇い止めによる契約満了（3年以上）
- 2 2 . 事業主からの雇い止めによる契約満了（3年未満更新明示あり）
- 3 1 . 事業主に起因する正当な理由のある自己都合退職
- 3 2 . 事業所移転等による正当な理由のある自己都合退職

【特定理由離職者】

- 2 3 . 事業主からの雇い止めによる契約満了（3年未満更新明示無し）
- 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1年未満）

問い合わせ先 御宿町役場 税務住民課 電話：0470-68-6692（保険税の軽減について）  
 保健福祉課 電話：0470-68-6717（高額療養費所得区分変更について）

上記の申請書を受理し、内容が確認できましたので、特例対象被保険者として保険税及び高額療養費所得区分の算定を行います。	決 裁 平成 年 月 日		課長	課長補佐	主査・係長	係
		税務				
		保健				