

特例対象被保険者等に係る届出書

平成 年 月 日

網走市長 様

納付義務者（世帯主）

住 所 網走市

氏 名

印

電話番号

— —

網走市国民健康保険条例第22条の2に規定する国民健康保険料の特例を受けたいので同法第27条の3に基づき届出します。

なお、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、網走市が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

年 度	平成22年度		
軽 減 の 理 由	この届出の原因となった離職者（失業者）		
	氏 名	離職の時期	離職理由コード
		平成 年 月 日	11・12・21・22・23 31・32・33・34 (該当するコードに○をしてください)
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し		

<注意>

※ 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、市役所に14日以内に届出なければなりません。

被保険者番号	個人番号	確 認	備 考