

国民健康保険料軽減申請書（非自発的失業者用）

|         |  |
|---------|--|
| 氏名      | フリガナ<br>-----                                |
| 住所      | 向日市 町  |
| 生年月日    | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和                         |
| 連絡先電話番号 | — —  |
| 被保険者証   | 記号 番号  |
| 個人番号    |  |
| 離職理由番号  | 該当事項に○をしてください。<br>11、12、21、22、23、31、32、33、34 |
| 備考      |  |

注：雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください。

受付者

|                  |
|------------------|
| 受付印              |
| <br><br><br><br> |