

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 -----
住所	向日市 町
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
電話番号	— —
被保険者号 被記号 番号	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。 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