

特例対象被保険者等申告書

年 月 日

白川町長 様

(申告者 [世帯主])

住 所

氏 名

印

電話番号

—

下記の者は、地方税法第703条の5の2第2項に定める特例対象被保険者等に該当するので、白川町国民健康保険税条例第24条の2の規定にもとづき申告します。

記

離職者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	性 別	男 ・ 女
離職年月日	年 月 日	
離職理由	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者（離職理由コード 11・12・21・22・31・32） <input type="checkbox"/> 特定理由離職者（離職理由コード 23・33・34）	
備 考		

以下は記入不要です。

国保資格取得年日	年 月 日	住民コード		記号番号	
----------	-------	-------	--	------	--