

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

令和 年 月 日

四万十市長 様

四万十市国民健康保険税条例第22条の2第1項の規定により特例対象被保険者等について、下記のとおり申告します。

記

届出者	届出者氏名	
	納税義務者との続柄	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.同一世帯員 <input type="checkbox"/> 3.代理人()
	3の場合は住所	

住 所	四万十市										
世帯主氏名 (納税義務者)											
個人番号											
電話番号	Tel () —										
対象者氏名											
個人番号											
生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日					
離職年月日	平成・令和			年	月	日					
離職理由	該当する離職理由の番号を○で囲んでください 11・12・21・22・23・31・32・33・34										

(ここから下は記入しないでください。)

宛名番号		保険証番号	
整理番号			
システム入力日	令和	年	月 日