

国民健康保険税軽減申告書
(非自発的失業者)

記号番号	2 6 — —	個人番号	
軽減を受けようとする者の氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平 年 月 日生
離職年月日	年 月 日		
離職理由 (コード)	☐ 特定受給資格者 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2		
	☐ 特定理由離職者 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4		
上記のとおり申告します。			
令和 年 月 日			
住 所 武蔵野市 丁目 番 号			
納税義務者 (世帯主) 氏 名			
個 人 番 号			
電 話 番 号 ()			
武蔵野市長 殿			

【添付書類】

① 雇用保険受給資格者証（写し）または雇用保険受給資格通知（写し）

② 納税義務者（世帯主）の身元確認書類

③ 納税義務者（世帯主）のマイナンバーを確認できる書類（マイナンバー確認書類がない場合は、市がマイナンバーを確認しますのでマイナンバーを確認できる書類の添付は不要です）

市役所保険年金課記入欄（申請者記入不要）

納税義務者（世帯主）・届出人の本人確認書類			
マイナンバー確認書類		身元確認書類	
・マイナンバーカード・通知カード・住民票 ・その他（ ） ・提示なし		☐ 納税義務者（世帯主） ☐ 届出人 ・マイナンバーカード・運転免許証・在留カード ・パスポート・障害者手帳・その他（ ）	
代理権確認書類（納税義務者（世帯主）以外）			受付印
・戸籍謄本 ・委任状 ・その他（ ）			
処 理 欄	軽減期間	入力	
	年 月 日 ～ 年 月 日		