

国民健康保険税軽減兼高額療養費所得区分変更の判定申告書
(非自発的離職者用)

令和 年 月 日

(宛先) 南砺市長

納付義務者 (世帯主) 南砺市
住 所
氏 名
個人番号
電話番号
(窓口に来た方 続柄)

下記のとおり、国民健康保険税の軽減及び高額療養費所得区分変更の判定を申し出ます。

申出種別	国民健康保険税	高額療養費所得区分の判定		
申出の理由	非自発的離職による失業 この申出の原因となった離職者（失業者） 記号番号 南砺			
	氏名		離職時の年齢	離職年月日
			歳	令和 年 月 日
	離職理由コード（1つを○で囲む）		離職した会社名	
	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4			
	個人番号			
添付書類	☐ 雇用保険受給資格者証の写し ☐ オンライン失業認定者のため添付省略（※）			

※オンラインで失業認定を受けた方は、アプリを通じて電子的に交付された受給資格者証の画面をご提示ください。
市職員が閲覧し、上記の記載内容を確認いたします。

市民センター確認欄

離職時の年齢	☐ 満65歳未満
離職年月日	☐ 離職日から2年以内の申請

国民健康保険担当課確認欄

申出種別	国民健康保険税	高額療養費所得区分の判定	限度額証交付
対象年度	令和 年度～	令和 年度（ 年 月診療分～ 年 7月診療分まで）	有・無
	令和 年度	令和 年度（ 年 8月診療分～ 年 7月診療分まで）	
		令和 年度（ 年 8月診療分～ 年 7月診療分まで）	

所管課	課長	係長	合議	主務者	受付印	市民センター	受付者	受付印