

# 国民健康保険税 特例対象被保険者等に係る届出書

年 月 日

白浜町長 あて

納付義務者(世帯主)

住 所 西牟婁郡白浜町

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

白浜町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記のとおり国民健康保険税の届け出をします。

なお、この決定のため必要があるときは、私及び私と同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、白浜町が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

年 度	年度	保険証番号		
届出の理由	非自発的離職による失業 (白浜町国民健康保険税条例附則第24条の2) この届出書の原因となった離職者(失業者)			
		氏 名	離職の年月日	離職理由
	1		年 月 日	
	2		年 月 日	
	3		年 月 日	
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し			

(注意) 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、白浜町役場に14日以内に届け出なければなりません。