

豊田市国民健康保険税 特例対象被保険者等に係る申告書
Formulario de Solicitud de Descuentos Especiales del
Seguro Nacional de Salud de Toyota

受付印

豊田市長 様

豊田市国民健康保険税条例第27条の2の規定により、特例対象被保険者等に係る課税の特例について申告します。

※Llenar los campos de la tabla en negrita.

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|
| 宛名番号 | | | | 申告年月日 Fecha de solicitud | | | | 年 月 日 (año/mes/día) | | | | | |
| 世帯主 Jefe de Familia | 記号番号 Número del Asegurado | — | | | | | | | | | | | |
| | 住所 Dirección | Toyota-shi | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 Nombre | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 Número Personal | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 Fecha de nacimiento | 年 月 日 (año/mes/día) | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 Tel | () — | | | | | | | | | | | |
| 対象者 Beneficiario | 氏名 Nombre | <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ el Jefe de Familia | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 Número Personal | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 Fecha de nacimiento | 年 月 日 (año/mes/día) | | | | | | | | | | | |
| | 離職日 Fecha de despido | 年 月 日 (año/mes/día) | | | | | | | | | | | |
| 離職理由コード Código del despido | | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 | | | | | | | | | | | |

※1 - Escriba la fecha de despido de conformidad con el Certificado de Beneficiario del Seguro de Desempleo y circule el número correspondiente al código del despido.

※2 - Presente el Certificado de Beneficiario del Seguro de Desempleo original.

【確認欄】

- ☐ 離職日が平成21年3月31日以降であるか。離職理由コードが該当するか。
- ☐ 雇用保険受給資格者証(原本)をコピーし、申請書に添付したか。
- ≪ 離職日以降に社保加入などしたときは次のいずれかに該当しているか。 ≫
- ☐ 注1の離職日以降に任意継続・社扶・後期離脱・生活保護廃止により国保加入 → ○
- ☐ 注1の離職日以降に社保加入。再離職時において雇用保険受給資格者証なし → ○
- ☐ 注1の離職日以降に社保加入。再離職時において雇用保険受給資格者証あり。離職理由コード該当 → 再離職時における雇用保険受給資格者証の離職日及び離職理由コードで申告受付

【次の場合は対象外】

- ☐ 注1の離職日以降に社保加入。再離職時において雇用保険受給資格者証あり、離職理由コード非該当

| | | | | |
|----|----|----|------|------|
| 受付 | 入力 | 審査 | 資格ログ | 資格担当 |
|----|----|----|------|------|