

特例対象被保険者等にかかる 国民健康保険料軽減申請書(非自発的失業者)

熊本市長様

令和 年 月 日

下記のとおり、非自発的失業による軽減措置を申請します。

世帯主氏名 _____ 記号番号 _____ -
申請者氏名 _____
住 所 _____
電話番号 (_____) _____ -

【離職者情報】 ※注意事項を確認し、太枠内を記入してください。

1	離職者(被保険者)氏名	
2	離職年月日	平成・令和 年 月 日
3	[2 離職年月日] 以前における 雇用保険の受給有無	有 ・ 無
4	離職理由 (該当する番号に○をしてください。)	(受) 11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32 (理) 23 ・ 33 ・ 34
5	雇用保険受給資格者証の添付	有 ・ 無
注: 添付が無い場合は離職理由確認のため個人番号(マイナンバー)を利用した情報共有システムにより調査いたします。ただし、今回の離職以前に雇用保険を受給していた場合は添付必須です。		

【注意事項】

○ 特例対象被保険者等の条件

次の①～③のすべての条件に当てはまる場合が軽減対象となります。

	↓受付者 チェック
① 離職日が平成21年3月31日以降である。	<input type="checkbox"/>
② 離職時の年齢が65歳未満である。	<input type="checkbox"/>
③ 雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由(コード)が特定受給資格者 または特定理由離職者のいずれかに該当する。	<input type="checkbox"/>

○ 減額される保険料

- ・ 保険料算定の基礎となる前年所得のうち、給与所得のみを30/100として算定する。
- ・ 離職日の翌日の該当する月から、その月の属する年度の翌年度末までの保険料。

○ 減額できない場合

- ・ 前年所得に給与所得が含まれない場合。
- ・ 前年所得が未申告の場合。
- ・ 雇用保険受給資格者証の添付が無い場合で、個人番号を利用した情報共有システムによる照会で必要なデータが得られなかったとき※。

※ 申請内容に不備があった場合は申請書を一旦お返しいたします。

受付年月日

	年齢	事由	所得	月割
確認				

	入力	確認
処理		

--