

特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

袋井市長様

納税義務者（世帯主）

住所

氏名

個人番号

袋井市国民健康保険税条例第 26 条の 2 の規定により、次のとおり特例対象被保険者等に該当するため申告します。

被保険者番号	
対象被保険者等 氏名	世帯主との続柄
個人番号	
電話番号	
生年月日	年 月 日生
離職年月日	年 月 日（離職年月日現在の年齢 歳）
離職理由	（離職理由コード）
添付書類	雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の写し

※窓口で個人番号が確認できない場合には、市の住民記録システムから個人番号を確認し、転記させていただきます。

※市記入欄	本人確認書類			受付
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 旅券	
	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 年金手帳等	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
	限度額認定証	無 ・ 有	→「有」の場合は、保険給付係へ。	
	高額療養費支給	無 ・ 有		