

# 塩尻市国民健康保険の特例対象被保険者等に係る申告書

この申請書は、倒産、解雇などの一定の理由により離職された方に対して、国民健康保険料や高額療養費の所得区分について軽減措置を受けるための手続きに使用します。

## <離職された方> (国民健康保険の被保険者)

被保険者記号・番号																					
フリガナ											生年月日										
氏名											個人番号										
住所	(建物名等)																				
離職理由番号	番										離職日	年	月	日							
離職した会社等の名称																					

## <申請者>

塩尻市長 様 上記のとおり申請します。		(申請日)										年	月	日							
フリガナ											生年月日										
氏名	署名										個人番号										
											電話番号	-		-							
住所	<input type="checkbox"/> 同じ (記入不要)																				
	(建物名等)																				

塩尻市使用欄

## <軽減対象者の状況>

該当日	年	月	日	国保加入日	年	月	日	
対象期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
適用期間	年	月	日	から	年	月	日	まで

本人確認	提出方法	確認事項	所得申告	入力	確認
①番・免・パ・手帳 雇用保険受給資格者証 ②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ( ) ③ヒア	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員 ( ) <input type="checkbox"/> 同住 ( ) <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他 ( ) <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 限度額認定証の交付 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 該当日翌月以降の主変 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> No. _____	済 ・ 未		
			国保番号		
			住民コード		

