

特例対象被保険者等に係る申告書

令和 年 月 日

沼田市長 様

沼田市国民健康保険税条例第24条の2の第1項により、下記のとおり申告  
します。

住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 印  
個人番号 \_\_\_\_\_

記

特例対象被 保 険 者 等	生年月日 昭 ・ 平 年 月 日
記 号 番 号	
離 職 年 月 日	年 月 日
離 職 理 由 コ ー ド	特定受給資格者離職 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2 特定理由離職者 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4
そ の 他	