

# 国民健康保険特例対象被保険者等申告書

注 雇用保険受給資格者証を提示してください。

特例対象 被保険者名	保険証記号番号																			
	個人番号																			
離職年月日	年	月	日	生年月日	昭和 平成	年	月	日												
離職理由  該当の番号に ○をつけてく ださい。	雇用保険法第23 条第2項に規定す る特定受給資格者	1 1 解雇																		
		1 2 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇																		
		2 1 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）																		
		2 2 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）																		
		3 1 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職																		
		3 2 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職																		
	雇用保険法第13 条第3項に規定す る特定理由離職者 であって受給資格 を有するもの	2 3 期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし）																		
		3 3 正当な理由のある自己都合退職																		
		3 4 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12か月未満）																		
上記のとおり申告します。																				
令和 年 月 日																				
申告者 (世帯主)	住所																			
	氏名 <span style="float: right;">①</span>																			
	個人番号																			
	電話番号 <span style="float: right;">— —</span>																			
藤枝市長 様																				

捨印



市役所処理欄

宛名番号	世帯番号	受付	入力	確認