

国民健康保険特例対象者等(非自発的失業者)に係る申告書

被保険者 証番号	波佐見
-------------	-----

波佐見町長 宛

令和 年 月 日

この度、倒産や解雇など非自発的な理由により失業となったため、波佐見町国民健康保険条例第16条の4の3に基づき、離職理由等を雇用保険受給資格者証を提示のうえ申告します。

納 税 義 務 者	住 所 波佐見町 郷 番地
	世帯主氏名
	電話番号
申 告 者	住 所 波佐見町 郷 番地
	氏 名

※申告する人が納税義務者と異なる場合のみ両方記入

離職日・離職理由についての申告事項

1 離職した人

個人番号:

2 離職した日

令和 年 月 日 (雇用保険受給資格者証離職理由)

3 離職の理由

倒産・解雇等による離職【特定受給資格者】 コード 11・12・21・22・31・32

(該当に○を記入)

正当な理由のある自己都合退職【特定理由離職者】コード 23・33・34

雇用保険法の規定により65歳未満が対象です。 *上記コード以外は対象外です。

(注意)上記の理由に該当していても、雇用保険受給資格者証の提示がないと受付できません。