受　付
．　．
国民健康保険

国民健康保険 特例対象被保険者等（非自発的失業者）に係る申告書

※ 離職時点において６５歳未満の方が対象となります　　※太線枠内をご記入ください。

離職者	氏　　名		個人番号	
	生年月日	年　　月　　日　　（満　　歳）		
離　職　日		年　　月　　日		

離職理由
※ 右記コード以外は対象外です。

□ 倒産・解雇などによる離職
【特定受給資格者】コード　11・12・21・22・31・32

□ 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

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、益城町国民健康保険税条例第２４条の２の規定に基づき、雇用保険受給資格者証を提示のうえ申告します。

年　　月　　日

世帯主
住　　所：**益城町大字**
氏　　名：
個人番号：

窓口に来た人
氏　　名：
電話番号（携帯）　　－　　－
（自宅）　　－　　－

益城町長　様

※ 上記の離職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。

以下、役場記入欄

保険証番号		国保加入日	年　　月　　日

□ 限度額認定証発行確認（無・有　※有の場合、負担区分：　　）
□ 画面入力（　　．　　．　　）

本人確認				健康保険課				税務課		
1点	2点			課長	係長	係員	受付	課長	係長	係員
免・個・パ・在・障・住(有) 他（　　）	保・年手・年証・介 住(無)・重 他（　　）	学・社・通 他 （　　）	聴聞							