



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			
<p>離職理由 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>※ 右記コード以外は対象外です。 <input type="checkbox"/> 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</p>							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 { 住所：益城町大字 氏名： 個人番号： <input type="text"/></p> <p>窓口に来た人 { 氏名： 電話番号（携帯） — — （自宅） — —</p> <p>益城町長 様</p>							

※ 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
<input type="checkbox"/> 限度額認定証発行確認（無・有 ※有の場合、負担区分： ） <input type="checkbox"/> 画面入力（ ） <input type="checkbox"/> 滞納（無・有→税務課へ 済・不要）					

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・ バ・在・障・ 住(有) 他()	保・年手・ 年証・介 住(無)・重 他()	学・社・通 他 ()	聴聞							