

特例対象被保険者等申告書

年 月 日

長野原町長 様

申告者（世帯主）

住所	長野原町
氏名	ⓐ
電話	— —

長野原町国民健康保険税条例第23条の2及び第24条の2の規定により申告します。

被保険者証番号（国保）		
特 例 対 象 者 被 保 険 者 等	離職者	氏 名
		生 年 月 日
		年 月 日
	離 職 年 月 日	年 月 日
離職理由	<p>雇用保険受給資格者証の離職理由欄に記載されている番号に○印をつけてください。</p> <p>1. 特定受給資格者（11・12・21・22・31・32）</p> <p>2. 特定理由離職者（23・33・34）</p>	
添付書類	雇用保険受給資格者証（両面）の写し	
備 考	<p>本人確認：運転免許証・雇用保険受給資格者証</p> <p>その他（ ）</p>	