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 | 　**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〇印をつけてください。1. 特定受給資格者（１１・１２・２１・２２・３１・３２）
2. 特定理由離職者（２３・３３・３４）
 |
| 添付書類 | 雇用保険受給資格者証（両面）の写し |
| 備考 | 本人確認：運転免許証・雇用保険受給資格者証その他（　　　　　　　　　　　） |