

国民健康保険特例対象被保険者等（非自発的失業者）申告書

平成 年 月 日

(宛先) 中能登町長

納付義務者（世帯主）

住所

印

個人番号

電話番号 ()

中能登町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記のとおり国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告をします。

離職者	氏 名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
離職した日	雇用保険受給資格者証 の離職年月日	平成 年 月 日
離職の理由	【特定受給資格者】 倒産・解雇等による離職	雇用保険受給資格者証の離職理由コード 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2
	【特定理由離職者】 雇い止め等による離職	雇用保険受給資格者証の離職理由コード 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し	

※ 該当する離職理由コードに○をしてください。

※ 雇用保険の特例受給資格者（短期雇用者の離職に対する一時金の給付を受ける人）及び高年齢受給資格者（65歳以上の離職に対する一時金の給付を受ける人）は対象とはなりません。

事務處理欄

代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）		番号関係	
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）	1 点	☐ 個人番号カード ☐ プレ印字書類	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他（ ）	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他（ ）	
	2 点	☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）	☐ 年金手帳		