

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

令和 年 月 日

富士川町長 様

(届出者) 住 所
氏 名
電話番号

印

非自発的理由により失業となったため、富士川町国民健康保険税条例第24条の2の規定に基づき、下記のとおり必要書類を添えて申告します。

被 保 険 者 記 号 番 号		—		
納税義務者 (世帯主)	住 所			
	氏 名		生年月日	
離職者	氏 名		生年月日	
	離職年月日	平成・令和 年 月 日		
	離職の理由 ※該当するコードに○ をしてください。	・ 特定受給資格者に対応する離職理由コード 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2		
		・ 特定理由離職者に対応する離職理由コード 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4		
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し (※原本を確認し役場でコピーします。)			

※ 特例受給資格者証 (季節的に雇用または短期雇用される人に交付されます。) 及び
高年齢受給資格者証 (65歳到達日以後に離職された方に交付されます。) をお持ち
の方は対象となりません。

※ 上記の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。

【町処理欄】				
適用期間	平成・令和 年 月 ~ 平成・令和 年度末			
		当 初	軽 減 後	
(年度 年中)	給与所得		円	円
	その他所得		円	円
	合計所得		円	円
(年度 年中)	給与所得		円	円
	その他所得		円	円
	合計所得		円	円
適用終了日	令和 年 月 日	国保資格喪失による ()		

※こちらの欄は記入しないでください。