

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

藍住町長 殿

藍住町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、下記について申告します。

太
枠
内
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

被保険者証記号・番号		●	
対象者氏名	生年月日	離職年月日	
	S · H · R 年 月 日	R 年 月 日	
個人番号			
離職理由 (雇用保険受給資格者証のコード)	1 1 · 1 2 · 2 1 · 2 2 · 2 3 3 1 · 3 2 · 3 3 · 3 4		
※特例受給資格者、高年齢受給資格者については、右記コードでも対象外。			
添付資料	雇用保険受給資格者証の写し		
届出日	令和 年 月 日		
世帯主氏名	_____		
個人番号	_____		
住所	藍住町		
届出人 (※)	_____ 続柄 ()		
※届出人は、世帯主と届出人が異なる場合のみ記入してください。			
電話番号	_____		
受付者印	受付印	コード	該当日 (離職日の翌日)
		1 1 . 1 2 . 2 1 . 2 2 . 2 3 3 1 . 3 2 . 3 3 . 3 4	H · R 年 月 日 ※平成21年3月31日以降の離職であること
担当者印	確認 (チェック) 欄		
	<input type="checkbox"/> 高年齢受給資格者でないこと<判別方法>新様式：右上に (高) 旧様式：上部に緑色のライン <input type="checkbox"/> 特例受給資格者でないこと<判別方法> 新様式：右上に (特) 旧様式：上部に橙色のライン <input type="checkbox"/> 平成21年3月31日以降の離職であること		
備考		本人確認	
		A	B
		個人番号カード・免許証 パスポート・住基カード (写真あり) その他 ()	年金手帳・保険証・証書・診察券 住基カード (写真なし)・通帳 (カード) その他 ()