

国民健康保険特例対象被保険者等適用申告書

年 月 日

我孫子市長あて

住 所

届出人(世帯主)

氏 名

電 話 ()

該当者氏名	フリガナ	生年月日
		年 月 日
離職年月日(和暦)	年 月 日	※平成21年3月31日以降であること。
離職時の年齢	歳	※離職時点で65歳未満であること。
離職理由	①特定受給資格者 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 ※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知に記載されている番号にチェックしてください ②特定理由離職者 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34	

※裏面に、公共職業安定所(ハローワーク)で発行される「雇用保険受給資格者証」または、「雇用保険受給資格通知」の写しを貼付してください。
 「特例受給資格者証」「高年齢受給資格者証」は該当しません。

<以下、我孫子市国保年金課処理欄>

受付日	受付者	世帯番号	宛名番号	
年 月 日			世帯主	
			該当者	
端末入力日	軽減開始年月日	軽減終了年月日(賦課)	軽減終了年月日(区分)	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
入力者	確認	備考		

(裏面)

雇用保険受給資格者証または、雇用保険受給資格通知の写しを貼付

チェック欄

- 雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知である。
- 離職年月日が平成21年3月31日以降である。
- 離職時点で65歳未満である。
- 離職理由が該当している。

(手書きで修正されている場合は確認のため両面印刷)