令和　　年　　月　　日

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

小竹町長　様

納税義務者

住　所　小竹町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　　　　－

申告者

住　所　小竹町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

※申告者が納税義務者でない場合は両方記入

この度、倒産や解雇など非自発的な理由により失業となったため、小竹町国民健康保険税条例第２４条の２規定に基づき、下記のとおり申告します。

記

|  |
| --- |
| 離職日・離職理由についての申告事項 |
| １ 被保険者番号　　　４１－　　　　　　　　２ 離職した人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３ 離職した日　　　令和　　　年　　　月　　　日４ 離職の理由（該当するものに　を記入）　　　　　　　（雇用保険受給資格者証離職理由）□倒産・解雇等による離職【特定受給資格者】コード11・12・21・22・31・32□正当な理由のある自己退職【特定理由離職者】コード23・33・34**雇用保険法の規定により６５歳未満が対象です。**　※上記のコード以外は対象外です。（注意）上記の理由に該当していても、**雇用保険受給者資格書の添付がないと受付できません。** |

※添付書類　雇用保険受給資格者証の写し

＜注意＞

就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合には、14日以内に届け出なければならない