

特例対象被保険者等に係る申告書(非自発的離職者用)

※離職日の時点で、65歳未満の方が対象です

吉野ヶ里町長 様

吉野ヶ里町国民健康保険税条例第24条の2の規定により、必要書類を添付のうえ、下記のとおり申告いたします。
なお、この決定のため必要があるときは、世帯主、及び同世帯に属する下記の者の雇用保険受給状況等につき、
吉野ヶ里町が公共職業安定所へ調査、報告を求めることに同意します。

届出日	令和 年 月 日					
納税義務者 (世帯主)	氏名					
	住所	吉野ヶ里町				
	電話番号	- -				

非自発離職者	氏名											
	マイナンバー											
	離職年月日	平成 ・ 令和 年 月 日										
	離職した事業所名											
	離職理由 (雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由コードに○を付けてください) ※受給資格者証の種類が高齢受給資格者証・特例受給資格者証の方は対象外です 1. 特定受給資格者 (11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32) ※倒産・解雇等の事業主都合により離職した人 2. 特定理由離職者 (23 ・ 33 ・ 34) ※雇用期間満了などにより離職した人											
添付書類	雇用保険受給資格者証の写し(マイナンバーの提出がある場合は不要)											

<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は、吉野ヶ里町役場に14日以内に届出なければなりません。

※町処理欄(以下は記入しないでください)

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	年齢	離職理由	入力	過年度	回送
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()					
番号確認	<input type="checkbox"/> カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通カ	<input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 該当		有 ・ 無	