

特例対象被保険者（非自発的失業者）等に係る申告書

令和 年 月 日

裾野市長 宛

(世帯主)

住 所 裾野市

氏 名

電 話 () -

(窓口に来た方)

住 所 裾野市

氏 名

続柄 ()

電 話 () -

次の理由により、国民健康保険特例対象被保険者（非自発的失業者）等に該当しますので、関係書類を添えて申告します。

1. 特例対象被保険者の住所・氏名・生年月日・国保番号

住 所 裾野市

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

記号番号

2. 離職年月日 令和 年 月 日

(軽減該当年度：令和____年度・令和____年度)

3. 離職時の年齢 _____歳

4. 離職理由

離職理由コード	離 職 理 由
①特定受給者資格	1 1 解雇
	1 2 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
	2 1 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）
	2 2 雇止め（雇用期間3年以上未満更新明示あり）
	3 1 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
	3 2 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
②特定理由離職者	2 3 期間満了（雇用期間3年以上未満更新明示なし）
	3 3 正当な理由のある自己都合退職
	3 4 正当な理由のある自己都合退職（被保険者期間12カ月未満）

*雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。

事務処理欄
<input type="checkbox"/> 「国民健康保険税の軽減について」を渡し、軽減内容の説明をした。
<input type="checkbox"/> 税更正通知の有無（基準総所得金額欄が0円の場合は税更正無し）を確認した。