

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

令和 年 月 日

美深町長様

	住所	
納税義務者	氏名	
	電話番号	
	個人番号	

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、美深町国民健康保険税条例第19条の2の規定に基づき、申告します。

記

1. 離職した人

2. 離職した日

令和 年 月 日

3. 離職の理由

(該当する方に
☑して下さい)

<input type="checkbox"/>	倒産・解雇による離職 【特定受給資格者】	※離職理由コードが、次のいずれかの人です (11、12、21、22、31、32)
<input type="checkbox"/>	正当な理由のある自己都合退職 【特定理由離職者】	※離職理由コードが、次のいずれかの人です (23、33、34)

※上記の理由に該当していても、雇用保険受給資格者証の提示がないと受付できません。
※個人番号の分かるものをお持ちください。(マイナンバーカード等)