

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

被保険者番号

北 塩 原 村 長 宛

令和 年 月 日

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、北塩原村国民健康保険税条例第23条の2に基づき、離職理由等を雇用保険受給資格者証を提示のうえ申告します。

納税義務者	住 所	北塩原村
	世帯主氏名	印
	電話番号	
申告者	住 所	
	氏 名	印

※ 申告する人が納税義務者と異なる場合のみ両方記入

離職日・離職理由についての申告事項

1 離職した人 _____

2 離職した日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 離職の理由 ☐ 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
(該当に○を記入) ☐ 正当な理由のある自己都合退職【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者証の提示がないと受付できません。

受付印

確認欄(当初処理)

適用期間	年 月 日 ~ 年度末
入力日	年 月 日
入力者	更正月 年 月

(給与所得) 当初

年度(年中)	円 →	円	確認
年度(年中)	円 →	円	

(更正処理)

適用終了日	年 月 日
理 由	資格喪失による()

※ 特記事項

上記の申告書を受理し、内容が確認
できましたので、特例対象被保険者
として保険税の算定を行います。

決 済
年 月 日

課 長 班 長 課 員 係 員