

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

（あて先）前橋市長

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____（ ）_____

離職者との続柄 _____

前橋市国民健康保険税条例第 1 2 条の 4 第 1 項の規定により、下記のとおり申告します。

記

1 離職年月日

年 月 日

2 離職理由：コード番号（雇用保険受給資格者証の番号）

（ ） 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 年未満更新明示あり）
（ ） 2 3	期間満了（雇用期間 3 年未満更新明示なし）
（ ） 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
（ ） 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 1 2 ヶ月未満）

※ 25（定年退職）、40（正当な理由のない自己都合退職）、50（重責解雇）など、上記の番号以外の番号は、軽減の対象外です。

3 離職者

氏 名 _____

離職時の年齢 _____ 歳 ※ 6 5 歳未満の方が対象です。

4 添付書類 雇用保険受給資格者証の写し、本人確認書類の写し

※雇用保険の特例受給資格者や高齢受給資格者は対象となりません。

※職員整理欄

記号番号（ ）	離職者宛名番号（ ）	該当年度（ 年・ 年）
入力者	確認者	