

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

令和 年 月 日

瀬戸内市長 武久 顕也 様

世帯主 住所 瀬戸内市.....

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

瀬戸内市国民健康保険税条例第24条の規定に基づき、下記のとおり申告します。

被保険者証	記 号	番 号																				
	岡 82																					
特例対象被保険者等 (離 職 者) (該当区分に○をつけてください)	氏 名																					
	個人番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
区 分	被保険者・特定同一世帯所属者																					
離職年月日	令和 年 月 日																					
離職理由 (該当する理由に○をつけてください)	11 12 21 22 23 31 32 33 34																					
その他 (離職後に就職・再就職・転出入などの異動があれば記載)																						

※雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。