

# 国民健康保険特例対象被保険者等申告書

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。

被保険者番号	記 号	番 号																				
	岡 82																					
特例対象被保険者等 ( 離 職 者 ) <small>(該当区分に○をつけてください)</small>	氏 名																					
	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><tr><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	年 月 日																					
離職理由 <small>(該当する理由に○をつけてください)</small>	<b>11 12 21 22 23 31 32 33 34</b>																					
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。