

国民健康保険特例対象被保険者申告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※太枠の中のみ記載して下さい。

被保険者の記号・番号	朝 霞 一 〇〇〇〇〇〇
住 所	朝霞市 本町 1 - 1 - 1 Tel 048-463-1111
世帯主氏名	朝霞 太郎
特例対象被保険者氏名	朝霞 花子
離職年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
離職理由 (番号) (該当番号に○をしてください)	<p style="text-align: center;"> 1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4 </p>

職員チェック欄	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証がある。 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証に <input checked="" type="checkbox"/> 特 (旧様式の場合はオレンジのラインの場合もあり) 又は <input checked="" type="checkbox"/> 高 (旧様式の場合は緑のラインの場合もあり) の記載がない。 <input type="checkbox"/> 離職時は65歳未満である。
---------	---

入力	受付