

国民健康保険特例対象被保険者申告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

※太枠の中のみ記載して下さい。

被保険者証の記号番号 (被保険者証の右上の数字)	朝 霞 — ××××××
住 所	朝霞市 本町1-1-1 Tel 463-1111
世帯主氏名	朝霞 太郎
特例対象被保険者氏名 生年月日	朝霞 花子 昭・平・令 ××年 ×月 ××日
離職年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (□ 平成21年3月30日以前は対象外)
離職理由 (該当番号にマル)	<p>1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3</p> <p>3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4</p>

雇用保険受給資格者証

の離職理由の番号に○

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 特 (旧様式の場合、オレンジのライン) 又は 高 (旧様式の場合、緑のライン) の記載がない。 <input type="checkbox"/> 離職時は65歳未満である。
---------	--

入力	受付

参考

雇用保険受給資格者証

1. 支給番号	2. 氏名			
3. 被保険者番号	4. 性別	5. 離職時年齢	6. 生年月日	7. 求職番号
8. 住所又は居所				
9. 支払方法（金融機関コード・記号（口座）番号）				

10. 資格取得年月日	11. 離職年月日	12. 離職理由（※1）
13. 60歳到達時賃金日額	14. 離職時賃金日額	

15. 求職申込年月日	16. 認定日	17. 受給期間満了年月日
18. 基本手当日額	19. 所定給付日数	
20. 特殊表示（災害時、一括、市町村）		

※1 離職理由が11、12、21、22、23、31、32、33、34に該当される方が対象です。

※2 高年齢受給資格者及び特例受給資格者の方（受給資格証の上部に「高」や「特」の表記のある方）は対象となりません。

国民健康保険	有効期限	令和〇〇年〇月〇日
被保険者証	記号	朝霞 番号 ×××××
氏名	朝霞 花子	性別 女
生年月日	平成〇〇年〇月〇日	負担割合 3割
資格取得年月日	令和△△年△△月△△日	(義務教育就学 前2割)
交付年月日	令和〇〇年〇月〇日	
世帯主氏名	朝霞 太郎	
住所	朝霞市本町1-1-1	
保険者番号	110270	保険者名 朝霞市

記号番号