

国民健康保険特例対象被保険者申告書

年 月 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 一
住 所	朝霞市 Tel
世帯主氏名	
特例対象被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日
離職年月日	年 月 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)	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 2 3 3 1 ・ 3 2 ・ 3 3 ・ 3 4

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"/> (旧様式の場合、オレンジのライン) 又は <input checked="" type="checkbox"/> (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