

国民健康保険における特例対象被保険者申告書

令和 年 月 日

由利本荘市長 様

納税義務者（世帯主）

住所 由利本荘市

世帯主氏名 印

電話番号 - -

由利本荘市国民健康保険税条例第26条の2の規定により、下記のとおり申告します。

特例対象被保険者等の 氏 名											
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日										
個人番号（マイナンバー）	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
離 職 年 月 日	年 月 日										
離 職 理 由 コ ー ド	特定受給資格者 11・12・21・22・31・32										
※番号を○で囲んでください	特定理由離職者 23・33・34										
添 付 書 類	雇用保険受給資格者証の写し										

<注意> 就職等により国民健康保険の資格を喪失された場合は、市役所に
14日以内に届出なければなりません。

(以下は市の処理欄ですので、記入しないでください。)

国 保 番 号	
世 帯 主 個 人 C D	
対 象 被 保 険 者 個 人 C D	

受付印

--

資 格 入 力 処 理	
資 格 入 力 日	