

届出書の記入方法



① 太枠内をご記入ください。（申請者欄の電話番号は、日中連絡がとれる番号としてください。）

※個人番号（マイナンバー）の記入は不要です（個人番号を利用して申請する場合を除く）。

② 離職年月日は、雇用保険受給資格者証の「11.離職年月日」を記載してください。

③ 離職理由番号は、雇用保険受給資格者証の「12.離職理由」の番号を選択してください。（離職理由番号が手書きの場合は、保険年金課にお問い合わせください。）

④ 確認事項にチェックマークを記入してください。

離職時年齢は、雇用保険受給資格者証の「5.離職時年齢」でご確認ください。

⑤ 郵送提出の場合は、雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください。

【提出先住所】〒277-8505 千葉県柏市柏五丁目10番1号 柏市役所 保険年金課

非

国民健康保険特例対象被保険者等に係る届出書

【 非自発的失業者軽減 】

被保険者氏名		生年月日							
		昭和・平成	年	月	日				
被保険者証 記号・番号	柏								
離職年月日	② 令和●年 3月 31日								
③ 離職理由番号	11	12	21	22	23	31	32	33	34
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 離職時の年齢は65歳未満です ④ <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証のコピーを添付しました								

雇用保険受給資格者証

(第1面)

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(記号(口座)番号 - 金融機関名 - 支店名)					
10. 資格取得年月日	11. 離職年月日		12. 離職理由		
13. 60歳到達時賃金日額	14. 離職時賃金日額		15. 給付制限		
16. 求職申込年月日	17. 認定日		18. 受給期間満了年月日		
19. 基本手当日額	20. 所定給付日数		21. 通算被保険者期間		