

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 】

雇用保険受給資格者証のコピーを添付して、提出してください。

被保険者氏名					生年月日 昭和・平成 年 月 日				
被保険者 記号・番号	柏								
離職年月日	年 月 日								
離職理由番号	11	12	21	22	23	31	32	33	34
確認事項☑	☐ 離職時の年齢は65歳未満です ☐ 雇用保険受給資格者証のコピーを添付しました								
個人番号									

柏市国民健康保険条例第29条の2の規定により、上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

柏市長 あて

届 出 人

住 所	
電 話 番 号	()
氏 名	
個 人 番 号	

事務処理欄

特定受給資格者	11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32	保険年金課	受付
特定理由離職者	23 ・ 33 ・ 34 非該当		入力
備考			