

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又は雇用保険受給資格通知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 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	☒ 離職時の年齢は65歳未満です④ ☒ 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. 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)		
②		
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