

# 特例被保険者等届出書

令和 年 月 日

仙北市長 あて

世帯主

住所 仙北市

氏名

電話番号

仙北市国民健康保険税条例第22条の2の規定により、下記のとおり届出します。

なお、この届出に関して必要があるときは、下記の者の雇用保険受給状況等につき、仙北市が公共職業安定所に対して調査、報告を求めることに同意します。

1. 被保険者証番号

2. 特例対象被保険者等

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

性別 男 ・ 女

3. 離職年月日

年 月 日

※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の「11. 離職年月日」欄の離職年月日を記載してください。

4. 離職理由及び番号

理由 非自発的な理由による 番号

※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の「12. 離職理由」欄の理由番号を記載してください。

5. 離職した事業所名

所在地

電話番号

6. 添付書類

雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知(写し)