

令和 年 月 日

上ノ国町長 様

住 所

氏 名

印

電話番号 ()

国保被保険者番号

特例対象被保険者等申告書

上ノ国町国民健康保険税条例第24条の2第1項の規定により、特例対象被保険者等であることを申告します。

1 申告の事由(雇用保険受給資格者証を添付すること。)

離職年月日	事 由
令和 年 月 日	<ul style="list-style-type: none">・特定受給資格者1 1. 解雇1 2. 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇2 1. 雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり)2 2. 雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり)3 1. 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職3 2. 事業主の移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
	<ul style="list-style-type: none">・特定理由離職者2 3. 期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)3 3. 正当な理由のある自己都合退職3 4. 正当な理由のある自己都合退職(被保険者期間12ヶ月未満)