都留市長　様

特例対象被保険者等に係る申告書（非自発的失業者用）

都留市国民健康保険税条例第 23 条の 2 に該当するため、同条例第 24 条の 2 の規定に基づき、関係書類を添えて申告します。

<table>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="3">４０２－</td></tr>
<tr><td>世帯主氏名</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">離職者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒　　－
都留市</td></tr>
<tr><td>1 月 1 日の住所
（現住所と異なる場合は記入して下さい。）</td><td colspan="2">都・道
府・県</td><td>市・区
町・村</td></tr>
<tr><td rowspan="2">離職年月日
（平成 21 年 3 月 31 日以後の離職が該当）</td><td>年　　月　　日</td><td rowspan="2">離職理由</td><td>11　12　21　22　23　31　32　33　34</td></tr>
<tr><td>※雇用保険受給資格者証または資格通知の離職年月日を記入してください。</td><td>※雇用保険受給資格者証または受給資格通知の離職理由番号を〇で囲んでください。</td></tr>
<tr><td>申告者
（離職者と同一世帯の方）</td><td colspan="3">（世帯主との続柄　　）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
</table>

【事務処理欄】

☐ 雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の両面の写しを添付

☐ 離職日確認　平成 21 年 3 月 31 日以後である。

☐ 離職理由（11、12、21、22、23、31、32、33、34）である。

☐ 特例受給資格通知ではない。または、資格者証の右上に 特 または上部に橙色ラインがない。

☐ 高年齢受給資格通知ではない。または、資格者証の右上に 高 または上部に緑色ラインがない。

☐ 離職者宛名番号（　　）

受付者

入力者　　令和　　年　　月　　日

確認者　　令和　　年　　月　　日

収　受　印