

(非自発的關係)

特例対象被保険者等申告書

年 月 日

六ヶ所村長 様

世帯主 住 所

氏 名

電 話 番 号

次のとおり、地方税法第703条の5の2第2項に規定する特例対象被保険者等に該当しますので、六ヶ所村国民健康保険税条例第23条の2の規定により申告書を提出します。

記

1 国保番号 六ヶ所

※ 被保険者証に記載されている番号を記載してください。

2 特例対象被保険者等の氏名、生年月日、離職年月日及び離職理由

ふりがな 氏 名	生年月日	離職年月日	離職理由	備考

※ 離職年月日及び離職理由の欄は、雇用保険受給資格者証に記載されている離職年月日及び理由（2ケタの数字）を転記してください。

備考 この申告書を提出するときは、必ず申請対象者全員分の「雇用保険受給資格者証」を提示してください。