

特例対象被保険者等に係る申告書

年 月 日

長瀬町長 様

住 所 長瀬町大字

世帯主氏名 ⑩

(個人番号) ()

電話番号 ()

国民健康保険税条例第24条の2の規定により申請します。

課税年度	年度	保険証番号	
------	----	-------	--

○この減免申請の原因となった離職者(失業者)の状況

離職者(失業者)氏名 (個人番号)	離職の時期	離職理由コード (下記参照)
()	年 月 日	
()	年 月 日	
()	年 月 日	

添付書類:雇用保険受給資格者証(原本還付します)

○特定受給資格者

離職理由コード	離職理由
11	解雇
12	天災等の理由により事業の継続が不可能となったことによる解雇
21	雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり)
22	雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり)
31	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
32	事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職

○特定理由離職者

23	期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)
33	正当な理由のある自己都合退職
34	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)