

様式第3号の2（第2条関係）

国民健康保険特例対象被保険者等申告書					
対象者	被保険者証番号	佐渡		個人番号	
	氏名				世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日			
<p>1 離職事由</p> <p>(1) 雇用保険の特定受給資格者に該当するため (雇用保険受給資格者証等の離職理由コード番号 11・12・21・22・31・32 )</p> <p>(2) 雇用保険の特定理由離職者に該当するため (雇用保険受給資格者証等の離職理由コード番号 23・33・34 )</p> <p>2 離職年月日</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>					
<p>上記のとおり関係書類を添えて申告します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 佐渡市</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p> <p>佐渡市長 様</p>					

- ※ 雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知の写しを添付又は提示してください。
- ※ 離職理由 **11・12・21・22・23・31・32・33・34** のみ該当します。  
(雇用保険受給資格者証の [12.離職理由] の欄を確認してください。)
- ただし、特例資格受給者（資格証等の上部に「特」の表示）及び高年齢受給資格者（資格証等の上部に「高」の表示）は対象となりません。

添付書類

雇用保険受給資格証又は雇用保険受給資格通知のコピー（両面必要）