

## 特例対象被保険者等に係る申告書

令和 年 月 日

日光市長様

世帯主

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

日光市国民健康保険税条例第24条の2の規定により申告します。

被保険者の記号番号						
特 例 対 象 被 保 険 者	氏名			生年 月日	昭・平 年 月 日	
	個人番号					
	住所				世帯主との 続柄	
	離職日	令和 年 月 日				
	離職理由	1 特定受給資格者	離職理由 コード	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2		
		2 特定理由離職者	離職理由 コード	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4		
確認（添付）資料	雇用保険受給資格者証 ・ 雇用保険受給資格通知 どちらかに○をつけて下さい					
備考						

<特定受給資格者に対応する離職理由コード>

- 1 1 : 解雇
- 1 2 : 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
- 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ある自己都合退職
- 3 2 : 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職

<特定理由離職者に対応する離職理由コード>

- 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）