

受付番号	
世帯主番号	

特例対象被保険者等に係る特例の届出書(非自発的失業者用)

年 月 日

彦根市長 様

納付義務者(世帯主)

住 所 _____

氏 名 _____

(署名または記名押印)

電話番号 _____

特例対象被保険者等の特例を受けたいので、彦根市国民健康保険条例第 46 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて届出します。

世帯の特例対象被保険者等(世帯主および国保加入者で下の理由で離職された方)

	被保険者番号	氏 名	※ 離職年月日	※ 離職理由番号
1	滋彦		年 月 日	
2	滋彦		年 月 日	
3	滋彦		年 月 日	

※雇用保険受給資格者証から、離職年月日と下の離職理由番号を転記ください。

※高年齢受給資格者(65 歳以上)および特例受給資格者(季節雇用者)は対象になりません。

特定受給資格者に対応する離職理由番号

- 11 解雇
- 12 天災等の理由により事業の継続が不可能に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

特定理由離職者に対応する離職理由番号

- 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)

※添付書類

雇用保険受給資格者証の写し

処 理 欄	対象年度	入力	確認	備 考
	年度 年度			