

太枠内を記入してください。

様式（第24条の2関係）

国民健康保険 特例対象被保険者（非自営的失業軽減用）			
被保険者証の記号番号		受付番号	—
特例対象被保険者 （離職した者） 離職日現在で65歳未満 であること。	氏名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	離職年月日	平成・令和	年 月 日
離職理由コード 該当する番号を○で 囲んでください。	特定受給資格者	11 12 21 22 31 32	※ 高年齢受給資格者、 特例受給資格者は 該当になりません。
	特定理由離職者	23 33 34	
令和 年 月 日			
特例対象被保険者に該当するため、上記のとおり申告します。			
世帯主 住所 長久手市			
.....			
氏名			
(あて先) 長久手市			
電話番号 (— —)			
<p>・雇用保険受給資格者証の<u>離職理由コード</u>が記載されてい る<u>ページのコピー</u>を同封してください（仮発行不可）。</p>			

世帯主について
記入してください。

太枠内を記入してください。

(以下は事務処理欄ですので、記入の必要はありません)

こちらは記入しないでください。