特例対象被保険者等申告書

　令和　　年　　月　　日

つがる市長　様

下記の特例対象被保険者等について、つがる市国民健康保険税条例第２３条の２及び第２４条の２の規定により申告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特例対象者被保険者等 | 離職者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 | | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 離職年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 離職  理由 | **雇用保険受給資格確認書類の離職理由欄**に記載されている番号に〇印をつけてください。   1. 特定受給資格者（１１・１２・２１・２２・３１・３２） 2. 特定理由離職者（２３・３３・３４） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主  □離職者と同じ  （記載不要） | | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 電話番号 | | □世帯主  □離職者 | －　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | 雇用保険受給資格確認書類（受給資格者証又は受給資格通知）の  離職年月日・離職理由の記載がある面の写し | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※個人番号の利用目的：地方税の課税標準の更正若しくは決定に関する事務