

国民健康保険特例対象被保険者等（非自発的失業者）に係る申告書

年 月 日

浦 幌 町 長 様

申請者（世帯主）

住所

氏名

電話

浦幌町国民健康保険税条例第23条の2に該当するため、同条例第24条の2に基づき
雇用保険受給資格者証を提示のうえ申告します。

記

離職者氏名	
離職年月日	年 月 日
離職理由 コード	特定受給資格者 11 ・ 12 ・ 21 ・ 22 ・ 31 ・ 32
	特定理由離職者 23 ・ 33 ・ 34

※ 上記コード以外は対象外です。