

国民健康保険料特例対象被保険者等届出書

令和 年 月 日

長岡京市長 様

被保険者記号・番号 長 _____

住 所 _____

世帯主氏名 _____

電 話 番 号 _____

特例対象被保険者等（非自発的失業者）について、次のとおり届出します。

ふりがな	
特例対象被保険者氏名	
離職年月日	平成 年 月 日 令和
離職理由	<input type="checkbox"/> 特定受給資格者に該当（雇用保険受給資格者証の離職理由が11、12、21、22、31又は32の場合） <input type="checkbox"/> 特定理由離職者に該当（雇用保険受給資格者証の離職理由が23、33又は34の場合）
その他	軽減適用期間 平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和

※以下は記入しないでください。

添付書類等	要件等	判定	受付印	入力	
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 (高年齢受給資格者証・特例受給資格者証は対象外) <input type="checkbox"/> マイナンバー連携による 雇用保険情報の確認	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 国保加入日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 所得なし	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外		データ	確認