

国民健康保険税特例対象被保険者申告書

令和 年 月 日

多良木町長 様

世帯主 (納税義務者)	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所	熊本県球磨郡多良木町大字											
	保険証番号	0						電話番号	-	-			

多良木町国民健康保険税条例第24条の2の規定に基づき、下記の者が特例対象被保険者であることを申告します。

記

特 例 対 象 被 保 険 者 等	氏 名											
	個 人 番 号											
	離 職 年 月 日		令和 年 月 日									
	国 保 取 得 日		令和 年 月 日									
	離 職 時 年 齢		歳									
	離 職 理 由	<input type="checkbox"/>	11	解 雇								特 定 受 給 資 格 者
		<input type="checkbox"/>	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								
		<input type="checkbox"/>	21	雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）								
		<input type="checkbox"/>	22	雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）								
		<input type="checkbox"/>	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								
<input type="checkbox"/>		32	事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職									
<input type="checkbox"/>		23	期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし）								特 定 理 由 離 職 者	
<input type="checkbox"/>		33	正当な理由のある自己都合退職									
	<input type="checkbox"/>	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）									

「雇用保険受給資格者証」写し ☐