

非自発的失業者に係る軽減措置申告書

令和 年 月 日

北中城村長 比 嘉 孝 則 殿

申告者住所 _____

申告者氏名 _____ (印)

北中城村国民健康保険税条例第17条の2の規定により、次のとおり非自発的失業者に係る軽減措置について申告します。

世帯主氏名		世帯主生年月日	
軽減対象者氏名		軽減対象者生年月日	
世帯主住所			
通知書番号		電話番号	
国保番号		離職年月日	

審査欄

特定受給資格者	
コード	離職理由
<input type="checkbox"/> 11	解雇
<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	事務所移転等に伴う正当な理由ある自己都合退職

特定理由離職者	
コード	離職理由
<input type="checkbox"/> 23	期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし)
<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)

その他確認事項
<input type="checkbox"/> 特例受給資格者、高年齢受給資格者でない
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の写し提出
<input type="checkbox"/> 離職(失業)時点で65歳未満である
<input type="checkbox"/> 離職日が平成21年3月31日以降である

受付年月日		令和	年	月	日
課長	係長	係	受付	入力日	