第9号様式（第2条関係）

国国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書

年　　月　　日

出雲崎町長　様

世帯主

住　　所　三島郡出雲崎町大字

電話番号

氏　　名

出雲崎町国民健康保険税条例第１１条の４の規定により下記のとおり申告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 特例対象被保険者等の氏名 |  |
| 住　　　　　　　　　　所 | 〒　　三島郡出雲崎町大字 |
| 離職年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 離職理由（雇用保険受給資格者証の退職理由コード） | 当てはまるコード番号を○で囲むこと。【特定受給資格者】１１　　１２　　２１　　２２　　３１　　３２【特定理由離職者】２３　　３３　　３４ |

注　雇用保険受給資格者証を持参又は、写しを添付すること。