

国民健康保険 特例対象被保険者等該当届

受付番号 _____

届出日 年 月 日 茂原市長 宛

世帯主	国保番号		宛名番号	
	住所	茂原市 (方)		
	氏名			
	電話	()		
申請者 <small>(世帯主でない者が届ける場合のみ記入)</small>	氏名	(続柄)		
	住所	電話 ()		
特例対象 被保険者等	氏名		宛名番号	
	離職年月日	年 月 日	生年月日 (離職時満年齢)	年 月 日 (満 歳)
	離職理由 (コード番号)	※該当する離職理由コード番号に○をしてください。 (11・12・21・22・23・31・32・33・34)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知 <u>※必ず原本をお持ちください。コピーをとりお返しします。</u>			

入力欄	対象加入期間	取得	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ()	適用期間	開始	<input type="checkbox"/> 年 月 日
	(取喪理由)	喪失	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ()		終了	<input type="checkbox"/> 年 月 日