

## 非自発的失業者に係る軽減措置申告書

令和 年 月 日

大宜味村長 殿

申告者住所 \_\_\_\_\_

申告者氏名 \_\_\_\_\_

大宜味村国民健康保険条例第22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。

受給者番号		通知書番号	
世帯主氏名		軽減対象者氏名	
世帯主生年月日	年 月 日	軽減対象者生年月日	年 月 日
電話番号		離職年月日	年 月 日
世帯主住所			

### 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不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不当な理由のある自己都合退職

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カ月未満)

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の提出

	課長	係長	係
受付確認欄			