国民健康保険特例対象被保険者等に関する届

令和　　年　　月　　日

（宛先）岡　崎　市　長

（届出人）住　所

氏　名

（電話　　－　　－　　）

世帯主が届出人と同じ場合はチェックしてください□

（世帯主）住　所

氏　名

次の被保険者は、国民健康保険法施行令第29条の７の２に規定する特例対象被保険者等に該当しましたので、岡崎市国民健康保険条例第42条の規定により届出します。

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者記号番号</td><td colspan="5">－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">特例対象被保険者等</td><td>氏　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">離　職　年　月　日</td><td colspan="5">平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">離　職　理　由
（雇用保険受給資格者証の離職理由欄に記載されている離職コードを○で囲んでください）</td><td>１１</td><td>１２</td><td>２１</td><td>２２</td><td>２３</td></tr>
<tr><td>３１</td><td>３２</td><td>３３</td><td>３４</td><td></td></tr>
</table>

※　雇用保険受給資格者証（原本）又は雇用保険受給資格通知を提示してください。

※　特例該当期間の保険料の算定に関して前住所地の所得証明書等の提出を依頼する場合があります。

本　人　確　認
ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　運免　在留　障手　ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ 住基カ(写有)　雇用保険受給資格者証 他（　　）
年手　保険証　資格確認書　医療受給証 住基カ(写無)　他（　　）

収受印

受　付	入　力	決　定