

特例対象被保険者等に係る申告書

令和 年 月 日

(あて先) 日高市長

世帯主 住 所
氏 名
電話番号

世帯に属する次の被保険者については、地方税法第703条の5の2第2項に規定する特例対象被保険者等に該当するので、日高市国民健康保険税条例第22条の2第1項の規定により申告します。

被保険者の記号番号				
特例対象被保険者等	氏 名		世帯主との続柄	
	住 所			
離職年月日				
離職理由				
備考				

※ 添付書類

- 1 雇用保険受給資格者証
- 2 特定対象被保険者等であることの事実を証明する書類がある場合は、その書類

離職理由コード表

〈特定受給資格者に対応する離職理由コード〉	
1 1	(解雇)
1 2	(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)
2 1	(雇止め(雇用期間3年以上雇止め通知あり))
2 2	(雇止め(雇用期間3年未満更新明示あり))
3 1	(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)
3 2	(事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職)
〈特定理由離職者に対応する離職理由コード〉	
2 3	(期間満了(雇用期間3年未満更新明示なし))
3 3	(正当な理由のある自己都合退職)
3 4	(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))