

国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書

次のとおり上越市国民健康保険税条例第27条第1項の規定により申告します。

被保険者記号・番号	上越
特例対象被保険者等の氏名	
住所	〒
離職年月日	平成 年 月 日 令和
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し、又は写しを添付すること。

令和 年 月 日

住所
世帯主 電話番号
氏名

(あて先) 上越市長

*記載された個人情報は、国民健康保険に関する業務以外には使用しません。

《 受付者処理欄 》

受付者	
届出人確認方法 ※いずれかに○を記入	
1. マイナンバーカード	2. 運転免許証
3. パスポート	4. 在留カード
5. その他 ()	

国保年金課処理欄

受付管理シート (受付No.)	
-------------------	--