

様式第1号（第2条関係）

国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書	
年 月 日	
あま市長 様	
住 所	
世帯主 氏 名	
連絡先 () -	
届出者 連絡先 () -	
あま市国民健康保険税条例第23条の2に規定する特例対象被保険者等に該当するので、同条例第24条の2第1項の規定に基づき、次のとおり申告します。	
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	(枝番)
特 例 対 象 被 保 険 者 等	氏 名
	個 人 番 号
	生 年 月 日
	世 帯 主 と の 続 柄
	離 職 年 月 日
	離 職 理 由
雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由番号を○で囲んでください。	
(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の右上に「特」と記載されている特例受給資格者や、「高」と記載されている高年齢受給資格者は、対象となりません。

処理欄	賦課計算・更正通知	異動入力	受付者