様式第24号(第15条関係)

特例対象被保険者等認定申請書

年　　　月　　　日

　宇和島市長　様

　　　　　　　　　　　　　　(太枠内を記入して下さい。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 世帯主住所 | 宇和島市 |
|  | フリガナ | 　 |
|  | 世帯主氏名 | 印 |
|  | 世帯主の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 電話番号 | 　 |

　宇和島市国民健康保険条例第19条の7の規定により申請します。

(太枠内を記入して下さい。)

|  |  |
| --- | --- |
| 国民健康保険被保険者証番号 | 　 |
| 特例対象被保険者等の氏名 | 　 |
| 特例対象被保険者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 離職年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 離職理由(該当番号に○) | 特定受給資格者 | 11　・　12　・　21　・　22　・　31　・　32 |
| 特定理由離職者 | 23　・　33　・　34 |
| 添付書類 | 雇用保険受給資格者証の写し |

注)　離職理由：雇用保険受給資格者証に記載されているコードを指す。

|  |
| --- |
| 【確認欄】　　□　特例受給資格者証ではない　＜判別方法＞新様式：右上に特、旧様式：上部に橙色のライン　　□　高年齢受給資格者証ではない＜判別方法＞新様式：右上に高、旧様式：上部に緑色のライン　　□　失業時点で65歳未満である　　□　離職日が「平成21年3月31日以降」である　　□　雇用保険受給資格者証の写しあり |
| 　 | 申請受付日 | 年　　　月　 | 　 |
| 軽減開始時期 | 年　　　月　 | 軽減終了時期 | 年　　　月　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 受付 | 入力 | 照合 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 |