

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	㊞											
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