

対象年度	軽減に該当する被保険者の宛番号									
	0	0								

### 特例対象被保険者等該当申告書

相模原市長 あて

※太枠の中を記入してください。

年 月 日			提出																		
被保険者番号											世帯主氏名										
世帯主個人番号																					

住所及び連絡先	<input type="checkbox"/> 緑区 相模原市 <input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> 南区										※国民健康保険に関するご連絡に使用します。					
	連絡先 ( )															

次の者について、特例対象被保険者等に該当していることを申告します。

該当する被保険者等	氏名											世帯主との続柄	
	該当する被保険者の個人番号 (世帯主本人の場合は、省略可)												
	生年月日	昭・平	年	月	日	離職時 年 齢							歳 (65歳未満)
	離職年月日	※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の離職年月日をご記入ください。											
	離職理由コード	※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の離職コードと同じ番号を チェックしてください。											
		<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	(特定受給資格者)					
		<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	(特定理由離職者)								

※この申告書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知をご提示ください。

(窓口に入られた方)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 該当する被保険者 <input type="checkbox"/> 世帯員(氏名のみ記入) <input type="checkbox"/> 代理人(氏名・住所・連絡先を記入)															
	氏名											世帯主との続柄				
	代理人住所連絡先															
連絡先 ( )																

ここから下は記入しないでください。

受付	<input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 千 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 城 <input type="checkbox"/> 津 <input type="checkbox"/> 相 <input type="checkbox"/> 藤	受付者 _____
	NWS <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (エラー)	
	<input type="checkbox"/> 添付書類確認	

本人確認欄

身元確認 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人		代理権確認
写真有(1点)	写真無(複数)	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格通知 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> 年金手帳・基礎年金番号通知・証書 <input type="checkbox"/> 医療証(障・親)・高齢証 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格通知 <input type="checkbox"/> その他( )	
証番号等( )		( )
番号確認		
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他( )		

入力	照合