

非自発的失業者の保険料軽減措置申告書

届 出 区 分	1. 適用	2. 適用終了（理由 他の健康保険に加入したため）	
離 職 年 月 日	年 月 日	資 格 喪 失 日	年 月 日
申 告 者 の 氏 名		雇 用 被 保 険 者 番 号	
離 職 理 由 コー ド	1 1 1 2 2 1 2 2	2 3 3 1 3 2 3 3	3 4
被 保 険 者 番 号		世 帯 主 氏 名	

上記の通り、非自発的失業者の保険料軽減措置について申告します。

年 月 日

住 所

氏 名

*添付書類 雇用保険受給資格者証