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 | １１　１２　２１　２２　２３　３１　３２　３３　３４ | | |
| 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

連絡先

＊添付書類　雇用保険受給資格者証