

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

連絡先

*添付書類 雇用保険受給資格者証