

# 黒石市国民健康保険非自発的離職申告書

年 月 日

黒石市長 様

住 所  
世帯主氏名  
個人番号  
電話番号

黒石市国民健康保険税条例第24条の2の規定により、次のとおり申告します。

## ◎軽減を受けようとする理由

### 1. 離職者（特例対象被保険者等）

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 満 \_\_\_\_\_ 歳

### 2. 離職年月日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 3. 離職理由（該当する離職理由コード番号を○で囲んでください。）

(1) 特定受給資格者 離職理由コード・・・11・12・21・22・31・32

(2) 特定理由離職者 離職理由コード・・・23・33・34

4. 離職前事業所名 \_\_\_\_\_

## ◎添付書類

雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知の写し