



受付印

国民健康保険特例対象被保険者等に係る届出書

特例対象被保険者等の氏名	
住 所	〒 南魚沼市
離 職 年 月 日	年 月 日
離 職 理 由 (雇用保険受給資格者証の 退職理由コード)	当てはまるコード番号を○で囲むこと。 【特定受給資格者】 1 1 1 2 2 1 2 2 3 1 3 2 【特定理由離職者】 2 3 3 3 3 4

注 雇用保険受給資格者証の写しを添付すること。

南魚沼市国民健康保険税条例第11条の4の規定により、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

(世帯主) 住 所 南魚沼市

氏 名

印

電話番号

— —

南魚沼市長 あて