

特例対象被保険者等該当申告書

年 月 日						
大和市長 あて						
被保険者証記号・番号			世帯主の氏名			
1 4 -						
住所及び連絡先						
連絡先 ()						
次の者について、特例対象被保険者等に該当していることを申告します。						
該当する被保険者等の氏名及び世帯主との続柄					生年月日	
氏 名			世帯主との続柄		年 月 日	
離職年月日			離職理由			
年 月 日						
※離職日時時点で65歳未満であることが条件です。 ※この申告書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の写しを添付してください。						
ここから下は記入しないでください。						
雇用保険受給資格者証（雇用保険受給資格通知）確認欄	発行した公共職業安定所名	1 支給番号	3 被保険者番号	1 1 離職年月日	1 2 離職理由コード	
					(特定受給資格者の場合) 11・12・21・22・31・32	
						(特定理由離職者の場合) 23・33・34
(備考)						
※ 処 理 欄	課長	係長	担当	受付	入力	審査

※ 太枠の中のみ記入してください。