

記入例

国民健康保険特例対象被保険者等に係る申告書

令和 5年 10月 1日

(宛て先) 和 光 市 長

私は、和光市国民健康保険税条例第22条の2第1項及び第2項の規定により、必要書類を添えて申告します。

納税義務者 (世帯主)	住所	和光市 広沢 1 番 5 号		
	氏名	和光 太郎		
	被保険者番号	2012345	電話番号	048 — 464 — XXXX

対象者	住所	☒ 世帯主と同じ											
	氏名	☐ 世帯主と同じ 和光 花子											
	マイナンバー (個人番号)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7
	離職年月日	令和 5年 8月 10日											
	離職理由	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											
	再就職の 有無	有 ・ 無											

の場合、雇用保険受給資格者証が必要です

市役所記入欄 (以下の欄には記入しない) 雇用保険受給資格者証の[離職年月日]及び[離職理由]の
番号を記入してください。

窓口受付時	☐ 1点 ☐ マイナンバーカード ☐ 免許
	☐ 2点 ☐ 資格確認書 ☐ 医療受給者証
☐ 情報連携不要	
備考	

様式第11号 (第17条の2関係) (第1面、第2面) (第1面)

雇用保険受給資格者証

1. 支給番号	2. 氏名		
48010-17-000109-7	339 907		
3. 被保険者番号	4. 性別	5. 年齢	6. 生年月日
4800-010566-2	男	27	4-010416
7. 求職番号		12345	
8. 住所又は居所			
9. 支払方法(記号(口座)番号 - 金融機関名 - 支店名)			
安定所現金 (G)			
10. 資格取得年月日	11. 離職年月日	12. 離職理由	
190401	281231	40	
13. 60歳到達時賃金日額	14. 離職時賃金日額	15. 給付制限	
290104	6,666		
16. 求職申込年月日	17. 認定日	18. 受給期間満了年月日	
290104	1型-月	291231	
19. 基本手当日額	20. 所定給付日数	21. 通算被保険者期間	
4,747	90	090900	
22. 離職前事業所名			
0417 ケジセンター・カフ・シタ・イタ 労働市場センター株式会社			
23. 再就職手当支給歴	24. 特殊表示 (災害時、一括、巡相、市町村)		
	0 0 0 0		

安定所連絡メッセージ1
安定所連絡メッセージ2
管轄公共職業安定所又は
管轄地方運輸局所在地
電話番号 03-3829-3311 平177-0044 練馬区上石神井 センター 公共職業安定所長(安定所長印)