

| | |
|-----------------|-------|
| 被保険者 (記号) 番号 | 広 5 8 |
|-----------------|-------|

国民健康保険特例対象被保険者等申告書

東 広 島 市 長 様

年 月 日 世帯主 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

世帯主 対象者 他 ()

| 対 象 者 氏 名 | 生 年 月 日 | 離 職 年 月 日 | 離 職 理 由 コ ー ド (該当コードに○) |
|--------------|---------|-----------|----------------------------------|
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 11 12 21 22 23 31 32 33 34 |

市役所記入欄

| | | |
|-----------|--|---|
| 国保加入日の確認 | <input type="checkbox"/> 離職日の翌日か(それ以外は健康保険加入履歴を確認) | 添付文書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(両面) |
| 離職者の年齢の確認 | <input type="checkbox"/> 離職日時点で65歳未満か(65歳以上は対象外) | ※離職票は不可 ※雇用保険受給資格者証の右上に「 高 」、「 特 」と記載されている場合は不可。 |
| 離職理由の確認 | 雇用保険受給資格者証の離職理由の確認(下記以外は対象外) 【特定受給資格者】 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 【特定理由離職者】 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 | 受付印 |
| 処 理 | <input type="checkbox"/> メモ入力 <input type="checkbox"/> 更正通知(手交 郵送 月次) <input type="checkbox"/> 納付書(期) <input type="checkbox"/> 還付(無 依頼書 収納から 口座) | 同世帯の前期高齢者確認 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 負担区分再判定 ※限度額に影響あり |
| | 入力 | 確認 |