**国民健康保険の特例対象被保険者等に係る届出書**

　令和　　　年　　　月　　　日

江　戸　川　区　長　　殿

下記該当者は、次に掲げる１または２の条件を満たす「特例対象被保険者等」に該当しますので、届け出いたします。

１　雇用保険法第２３条第２項に規定する特定受給資格者

２　雇用保険法第１３条第３項に規定する特定理由離職者であって

受給資格を有する者

**〈世帯主記入欄〉**

|  |  |
| --- | --- |
| 記号番号 | 　記号　２３　―　　　　　番号 |
| 世帯主住所 | 　江戸川区 |
| 世帯主氏名 |  |
| **〈該当者記入欄〉** |
| 該当者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **← 日中、ご連絡が****できる電話番号を****ご記入ください。** |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 |
| 離職年月日 | 平成・令和　 年 　月　　日**↑雇用保険受給資格者証または雇用保****険受給資格通知の「離職年月日」を記****入してください。** | 離職理由 | **↑雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の離職理由」欄の番号を記入してください。** |

≪確認事項≫

**□この届出書に、国民健康保険証のコピー、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の両面のコピー、本人確認書類のコピーを添付して郵送してください。**

**□軽減を受けるためには、所得の申告が必要です。お済みでない場合は、該当年度の1月1日現在お住まいの自治体で申告をお願いいたします。**

**□所得の状況によっては、軽減とならない場合もございます。**

《 区記入欄 》　　【該当年度】　　　　　　　　　　**・**　　　年度

【雇用保険受給資格者証・雇用保険受給資格通知】　離職理由番号　11、12、21、22、23、31、32、33、34

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 番号確認 | 受付日と受付事務所名 | 受付者 | 医療保険課受付日 | 入　力　日 |
| **免、パ、個カ、住、在、**保、高、医、年、プレ、通知書、雇、他（　　　　） | 個カ、通カ、シ他（ 　　） |  |  |  |  |
| 備考：転入　　/　・終了日　　.　　.　　・届出日　　.　　.　　・100/100通知ずみ・　　変通＆納　　期～　　期＆　　還付 　 /　 〒 |