

特例対象被保険者等該当申告書

(申告先)
秦野市長 殿

被保険者番号	世帯主氏名
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>
住所	電話番号
秦野市	

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。

該当する被保険者の氏名	世帯主との続柄
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"></table>
生年月日	離職時年齢
年 月 日	歳 (65歳未満対象)
離職年月日	離職理由
年 月 日	雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由コードに○をつけてください。
	11・12・21・22・31・32 (特定受給資格者) 23・33・34 (特定理由離職者)

※この申告書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証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。

処理欄	照合	入力	添付書類	年齢	受付
			<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 特例受給資格者証 (対象外) <input type="checkbox"/> 高年齢受給資格者証 (対象外)	<input type="checkbox"/> 65歳未満	

(雇用保険法に規定される特定受給資格者及び特定理由離職者に係る申告用)