

第 4 9 号様式の 2

特例対象被保険者等届出書

年 月 日

(あて先) 八千代市長

住所

世帯主 氏名

電話

八千代市国民健康保険条例第 2 8 条の 2 の規定により，下記のとおり届け出ます。

記

特例対象被 保険者等の 氏 名		離 職 年月日	年 月 日
離 職 理 由	(該当する番号に○を付けて下さい。)		
	11	解雇	
	12	解雇 (天災等)	
	21	事業主からの雇止めによる契約満了 (3年以上)	
	22	事業主からの雇止めによる契約満了 (3年未満更新明示あり)	
	23	事業主からの雇止めによる契約満了 (3年未満更新明示無し)	
	31	事業主に起因する正当な理由のある自己都合退職	
	32	事業所移転等による正当な理由のある自己都合退職	
	33	正当な理由のある自己都合退職 (被保険者期間1年以上)	
34	正当な理由のある自己都合退職 (被保険者期間1年未満)		

注 この届出書を提出する際，雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。