**特例対象被保険者等申告書**

年　　　月　　　日

木更津市長　　　　　　　　様

住所

届出人

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話

下記のとおり特例対象被保険者等に該当するため、届出いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　離職者住所 |  |
| ２　離職者氏名 |  | 個人番号 |  |
| ３　世帯主の氏名 |  | 個人番号 |  |
| ４　離職理由 | 特定受給資格者 | １１・１２・２１・２２・３１・３２ |
| 特定理由離職者 | ２３・３３・３４ |
| ５　離職年月日 |  |
| ６　添付書類 | 　雇用保険受給資格証　・　雇用保険受給資格通知　写し |

【木更津市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理コード |  | 保険証番号 |  |
| 番　　　号 |  |
| 処　　　理 |  |  |