

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 ⑩
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	1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2	
	特定理由離職者	2 3 ・ 3 3 ・ 3 4	
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			