

別記様式（第2条関係）

特例対象被保険者等該当申告書

年 月 日

(宛先) 座間市長

住 所 _____

申告者（世帯主）氏 名 _____

電 話 _____

次の者について、特例対象被保険者に該当していることを申告します。

	被保険者記号番号	1 7 -						
氏 名		続 柄	生 年 月 日					
			年 月 日					
離 職 年 月 日		離 職 理 由						
年 月 日								

※この申告書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知を提示してください。

離 職 理 由 コ ー ド	
特 定 受 給 資 格 者	11 解雇（12、50以外）
	12 天災等の理由により事業の継続が不可能になったことによる解雇
	21 雇止め（雇用期間3年以上雇止め通知あり）
	22 雇止め（雇用期間3年未満更新明示あり）
	31 事業主からの働きかけによる正当な理由のある自己都合退職
	32 事業所移転等に伴う正当な理由のある自己都合退職
特 定 理 由 離 職 者	23 期間満了（雇用期間3年未満更新明示なし）
	33 正当な理由のある自己都合退職（31、32以外）
	34 正当な利用のある自己都合退職（被保険者期間12ヶ月未満）
そ の 他	
軽 減 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日まで

雇 用 保 険 受 給 資 格 者 証	
<input type="checkbox"/> 窓 口 受 理 <input type="checkbox"/> 郵 送 受 理	
郵送受理日	年 月 日
受 付 者 名	