

特例対象被保険者等該当申告書

(届出先)
大井町長 様

被保険者証記号・番号								世帯主氏名							
57															
住所及び連絡先															
神奈川県足柄上郡大井町															
連絡先 ()															

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。

該当する被保険者等の氏名				生年月日			
				年 月 日			
離職年月日				離職理由コード			
年 月 日				1 1 ・ 1 2 ・ 2 1 ・ 2 2 ・ 3 1 ・ 3 2 2 3 ・ 3 3 ・ 3 4			

※この届出書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証を提示してください。

ここから下は記入しないでください。

雇用保険受給資格者証確認欄	発行した公共職業安定所名	1 支給番号	3 被保険者番号	1 1 (注) 離職年月日	1 2 (注) 離職理由コード
					(特定受給資格者の場合) 11・12・21・22・31・32
					(特定理由離職者の場合) 23・33・34
	(備考)				

(注) 平成22年2月21日以前交付分の雇用保険受給資格者証においては、離職年月日、離職理由ともに「1 3」の欄となります。

※ 処理欄	課長	係長	職員	上記のとおり処理します。	受付	届出内容の 確 認	入力処理
				起案 年 月 日 決裁 年 月 日			
	(備考)						

(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届出用)