

# 特例対象被保険者等該当届出書

年	月	日
---	---	---

(あて先) 茅ヶ崎市長

被保険者証記号・番号									
0	8	-							

世帯主氏名	
-------	--

住所	
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届け出ます。

該当者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
離職年月日	雇用保険受給資格者証に記載されている離職年月日をご記入ください。 年 月 日 (離職時の年齢: 歳)		
離職理由	雇用保険受給資格者証に記載されている離職理由コードに○をつけてください。 11・12・21・22・31・32・23・33・34		

※この届出書の提出に際しては、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の写しを添付してください。

-----  
ここから下は記入しないでください。(市記載欄)

離職理由コード (ハローワークコード)	11	12	21	22	31	32	23	33	34
対象者区分 (入力コード)	01	02	03	04	05	06	07	08	09

受付者	入力者	確認者	賦課
			OL BT

No.	
-----	--

受付印
-----