第1号様式(第3条関係)

年　　月　　日

特例対象被保険者等該当申告書

伊勢原市長　殿

被保険者証記号・番号								
15	—							

世帯主氏名	
個人番号	

住所及び連絡先
伊勢原市
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及び世帯主との続柄		生年月日
氏名　　世帯主との続柄		年　月　日
個人番号	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。

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	11(注) 離職年月日	12(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「13」の欄となります。

※処理欄		受付	届出内容の確認	入力処理
	(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)