

任意継続  
特例退職

# 無収入に関する現況届

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

私、被保険者 \_\_\_\_\_ の(続柄) \_\_\_\_\_ 被扶養者 \_\_\_\_\_

の現況は \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

非課税証明書が添付できない方(前年度収入のある方)は課税証明を添付のうえ、  
以下の項目をご記入ください

退職年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

雇用保険受給予定 \_\_\_\_\_ あり \_\_\_\_\_ ・ なし

雇用保険受給開始(予定)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

雇用保険受給終了(予定)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出産手当金受給予定 \_\_\_\_\_ あり ( 出産予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日、単胎・多胎 ) ・ なし

その他課税の理由 \_\_\_\_\_ 例) ○年○月○日、個人事業の廃業による等

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以上のとおり相違ありません

受付日付印

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_