

(施設入居者・在留期間3ヶ月未満の外国人用)

介護保険適用除外

該 当 届
非該当

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

《申請書の流れ》

在職中の被保険者 ⇒ 勤務先の健保業務担当部門 ⇒

健保組合

 任意継続・特例退職者医療制度に加入の被保険者 ⇒ ⇒

健保組合

被 保 険 者 証		所 属 ・ 内 線				
記号	番号	所属				
		内線 ()				
被 保 険 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日			
		1 男	5 昭和	年	月	日
		2 女	7 平成 9 令和			
被保険者の住所		〒 -				
		電話 ()				

(40歳以上65歳未満で) 施設に入居・退去する者の氏名	性別	続柄	生 年 月 日			
	1 男		昭和	年	月	日
	2 女					

※施設入居者は下記に証明をもらってください。

施設が証明するところ	入居施設の名称 代表者名		⑩
	入居施設の所在地	〒 -	
		電話 ()	
	入退居者氏名		
	入居年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	退居年月日	令和	年 月 日

※適用除外の事由・該当非該当に○をつけてください。

適用除外の事由	該 当 1 非該当 2	の別	該 当 1 非該当 2	の年月日
身体障害者療養施設等 適用除外施設入所者	該 当	1		令和 年 月 日
在留資格3ヶ月未満の外国人	非該当	2		

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主名	
	電話 ()

事業所担当者	

令和 年 月 日 提出

受付印