

(施設入居者・在留期間3ヶ月未満の外国人用)

健康保険被保険者証に記載されている
「記号」と「番号」をご記入ください

《申請書の流れ》

在職中の被保険者 ⇒ 勤務先健保業務担当部門(総務・人事等) ⇒
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		
1	123456	足柄調達部	86 (31) 7600		
被保険者の氏名		性別	生年月日		
健保康太		1男 2女	5昭和 7平成 9令和	年	月日
被保険者の住所		〒 250 - 0126 神奈川県南足柄市狩野6-8-1 電話 0465 (99) 0000			

該当
非該当 届

選択肢の有る項目は
該当の項目に○を付けてください

健康保険組合			
常務理事	事務長	GL	担当者

(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		
健保美代子	1男 2女	母	昭和	年	月日
			3	5	0807

※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	〒 -
	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 在留資格3ヶ月未満の外国人	該当 1 非該当 2	令和 年 月 日 010603

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