

介護保険適用除外等 該当届 不該当届

西武健康保険組合理事長 殿

No. _____

どちらかを
選択

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|----------------------------------|--------------------------|
| 健康保険被保険者証の 記号 | 100 | 番号 | 12345-00 | 健保組 合 |
| 被保険者の氏名 | 西武 太郎 | 性別 | 男 昭和 40年 5月 1日 平成 | 事務理事 |
| 被扶養者の氏名 | 西武 花子 | 性別 | 男・女 妻 昭和 40年 4月 3日 平・令 | 事務長 |
| 被扶養者の氏名 | 西武 健夫 | 性別 | 男・女 長男 昭和 13年 7月 7日 平・令 | |
| 被扶養者の氏名 | | 性別 | 男・女 昭和 年 月 日 平・令 | |
| 被扶養者の氏名 | | 性別 | 男・女 昭和 年 月 日 平・令 | |
| 被扶養者の氏名 | | 性別 | 男・女 昭和 年 月 日 平・令 | |
| 被保険者の住所 | (〒358 - 0053) 埼玉県入間市〇〇〇1-11-1 | | | 取扱者 |
| 被扶養者の住所 (被保険者と同居であれ ば、同上と記入) | (〒 -) 同上 | | | |
| 適用除外等の事由 | ① 国外居住者 ② 身体障害者療養施設入所者 ③ 在留資格3ヶ月以下の外国人 | | | 適用除外の事 由を選択してく ださい |
| 該当・不該当の別 | ① 該当 ② 不該当 | 該当・不該当の年月日 | 平成 〇年 〇月 〇日 | |
| 入居施設の名称 | | | | |
| 入居施設の所在地 | (〒 -) Tel () | | | 事業所 所属 |
| 事業主の証明 | 令和 〇年 〇月 〇日 | | | 印 印 |
| | 上記のとおり届出いたします。 | | | |
| | 所在地 名称 事業主の氏名 | 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1 〇〇〇〇株式会社 〇 〇 〇 〇 | | 印 印 |

記号番号を必ず記入

提出年月日を記入

T06202105 健保受付年月日

本社担当者および
本社責任者が捺印

所属担当者および
所属責任者が捺印

適用除外等の事由によって、次の書類を添付してください。
◎ 国外居住者のとき・・・住民票の除票 ◎ 国内居住者となったとき・・・住民票
◎ 身体障害者療養施設入所者のとき・・・入所・入院の証明書
◎ 在留資格3ヶ月以下の外国人のとき・・・在留資格を証する書類（写）と雇用契約期間を証明できる雇用契約書（写）