

該 当 届  
不 該 当  
介護保険適用除外等 No. \_\_\_\_\_

西武健康保険組合理事長殿						健 保 組 合
						常務理事
健康保険被保険者証の		記 号		番 号		
被保険者の氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	事務長
被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日		
		男・女		昭 平・令	年 月 日	
		男・女		昭 平・令	年 月 日	
		男・女		昭 平・令	年 月 日	
		男・女		昭 平・令	年 月 日	
		男・女		昭 平・令	年 月 日	取扱者
被保険者の住所		〒 -				
被扶養者の住所 (被保険者と同居であれば、同上と記入)		〒 -				
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				
該当・不該当の別		1. 該 当 2. 不該当	該当・不該当の年月日	平・令	年 月 日	
入居施設の名称						事業所
入居施設の所在地		〒 -				所 属
		Tel ( )				
		令和 年 月 日				
事業主の証明		_____				

◎ 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）  
 ◎ 身体障害者療養施設入所者のとき・・・入所・入院の証明書  
 ◎ 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  
 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。