

| 健康保険被保険者証 | |
|-----------|----|
| 記号 | 番号 |
| | |

介護保険 適用除外 該当・非該当届

| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 業務課長 | 係 |
|------|-----|------|------|---|
| | | | | |

| 被 保 険 者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 |
|------------------|-----|--------|----------------|
| | | 男 女 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 住所 | | |
| | 〒 - | | |

| 被 扶 養 者 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
|------------------|-----|--------|----|----------------|
| | | 男 女 | | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 住所 | | | |
| | 〒 - | | | |

| 適用除外の事由 | 該当・非該当の別 | 該当・非該当の年月日 | 入居施設の名称・所在地（事由2に該当する場合のみ） | 備考 |
|--|--------------|------------|-------------------------------|----|
| 1. 国外居住者 2. 適用除外施設入所者 3. 在留資格3ヶ月以下の外国人 | 該 当 非 該 当 | 令和 年 月 日 | 名称 所在地 〒 - 電話 () - | |

| |
|---------------|
| 事業所所在地 〒 - |
| 事業所名称 |
| 事業主氏名 |
| 電話番号 () - |

| 必要添付書類 | |
|---------------|---------------------------------------|
| 国外居住者 | 住民票の除票 |
| 適用除外施設入所者 | 入所・入院証明書 |
| 在留資格3ヶ月以下の外国人 | 外国人登録証明書（写）及び 雇用契約期間を証明できる雇用契約書 など |

※被扶養者欄は、被扶養者が「適用除外の事由」に該当する場合のみ記入してください。
 ※続柄は「夫」「妻」「父」「母」など詳しく記入してください。



| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
| |

令和 年 月 日 提出

千葉県機械金属健康保険組合