

被保険者等記号

決 裁 日 付 印

決 裁	常務理事	事務長	係	係

介護保険 被保険者適用除外該当届

注 意 事 項

被 保 険 者 等 番 号		ア ド レ ス コ ー ド		内 線		氏 名	
事 業 所 の 名 称				事 業 所 の 所 在 地			

第2号被保険者の適用除外に該当する者

氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	適 用 除 外 理 由	適 用 除 外 年 月 日
昭・平・令	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動(転出) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人	令和 年 月 日
昭・平・令	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動(転出) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人	令和 年 月 日
昭・平・令	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動(転出) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人	令和 年 月 日
昭・平・令	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動(転出) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人	令和 年 月 日
昭・平・令	年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動(転出) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人	令和 年 月 日

提出先……事業主を経由して健康保険組合へ
 提出期限……できる限りすみやかに提出のこと
 提出部数……二通

令和 年 月 日 提出

上記届出内容は事実と相違ないことを確認します。

事業所の所在地及び名称

三井物産健康保険組合 理事長殿

事業主の氏名