

被保険者等記号

決裁日付印

決	常務理事	事務長	係	係
裁				

介護保険 被保険者適用除外非該当届

注意事項

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

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しなくなった者

氏名	生年月日	性別	続柄	非該当の理由	非該当年月日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外から国内に住所を異動(転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設から出た <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外から国内に住所を異動(転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設から出た <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外から国内に住所を異動(転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設から出た <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外から国内に住所を異動(転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設から出た <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 海外から国内に住所を異動(転入) <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設から出た <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日

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