介護保険適用除外 （該当 ・ 不該当） 届

小野薬品健康保険組合理事長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | | 10　　　　－ | | | 事業所名 | | | 小野薬品工業株式会社 | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏　　　名 |  | | | 生年月日 | | | 昭和  平成 | 年　　　　月　　　　日 | | | 性別 | | 男　・　女 | |
| 住　　　所 | 〒 　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 適用除外  対 象 者 | 氏　　　　名 | | 生年月日 | | 性別 | 続柄 | 適用除外の理由 | | | 該 当  不該当 | の別 | 該 当  不該当 | | | の年月日 |
|  | | 昭和  平成 | 年 　　月 　　　日 | 男 ・ 女 |  | １．国　　 外 　　居 　　住　　者  ２．身体障害者療養施設入所者（※）  ３．在留資格一年未満の外国人 | | | １． 該　当  ２． 不該当 | | 平成  令和 | 年 　月　　日 | | |
|  | | 昭和  平成 | 年 　　月 　　　日 | 男 ・ 女 |  | １．国　　 外 　　居 　　住　　者  ２．身体障害者療養施設入所者（※）  ３．在留資格一年未満の外国人 | | | １． 該　当  ２． 不該当 | | 平成  令和 | 年　　月　　日 | | |
|  | | 昭和  平成 | 年 　　月 　　　日 | 男 ・ 女 |  | １．国　　 外 　　居 　　住　　者  ２．身体障害者療養施設入所者（※）  ３．在留資格一年未満の外国人 | | | １． 該　当  ２． 不該当 | | 平成  令和 | 年　　月　　日 | | |

※ ２．身体障害者療養施設入所者の場合、ご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所施設の名称 |  | 入所施設の所在地 | 〒　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 事業主所在地 | 大阪市中央区久太郎町１丁目８番２号 |  | 健保組合使用欄 | | |
| 事 業 所 名 称 | 小野薬品工業株式会社 |  | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 事業主代理人氏名 | 人事管理部長　 　　岡本　裕之㊞ |  |  |  |  |

◎添付書類について

適用除外の理由で、１に○をされた方は「住民票の除票（写）」を添付してください。ただし、転勤により国内から国外へ転居した場合には、事業主の証明により添付書類は不要です。

適用除外の理由で、２に○をされた方は「入所・入院証明書（写）」を添付してください。

適用除外の理由で、３に○をされた方は「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（写）」などを添付してください。