

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		—		事業所名						
被保険者	氏名				生年月日	年 月 日		性別		
	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
		年 月 日					1. 該当 2. 不該当		令和	年 月 日
		年 月 日					1. 該当 2. 不該当		令和	年 月 日
		年 月 日					1. 該当 2. 不該当		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	⑩
事業所名称	
事業主代理人氏名	

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

◎添付書類について

適用除外の理由で、1を選択された方は「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を選択された方は「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を選択された方は「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。