申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		担当者

介護保険適用除外 □該当 □不該当 届

記号・番号	―	被保険者 氏名			
住　　所	〒　　―				
該当者	氏　　名	続　柄	性別	生年月日	年齢
		本人	□ 1,男 2,女	年　月　日	
			□ 1,男 2,女	年　月　日	
適用除外の事由	該　　当		不　該　当		
	□日本国内に住所を有しなくなった □身体障害者施設等の適用除外施設に入所した □在留資格３ヶ月以下の外国人である		□日本国内に住所を有するようになった □身体障害者施設等の適用除外施設を退所した □在留資格３ヶ月超の外国人になった		
該当または不該当日	西暦　年　月　日		適用除外該当の海外住所をご記入下さい		
入所施設の名称					
入所施設の所在地 電話	〒　　― ―　　―				

上記について事実に相違ないことを証明します。

イトーキ健康保険組合　御中

年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称名

事 業 主

＊任意継続の方は、事業主欄の記入は不要です。

イトーキ健康保険組合

常務理事	事務長		担当者

【例】
海外勤務になったとき

介護保険適用除外　☑該当　☐不該当　届

記号・番号	○○－○○○○	被保険者氏名	健保　太郎		
住　　所	〒○○○－○○○○ ○○県○○市○○　△－△－△				
該当者	氏　　名	続柄	性別	生年月日	年齢
	健保　太郎	本人	1 1,男 2,女	○○○○年 ○月 ○日	４５
適用除外の事由	該　　当		不　該　当		
	3.　日本国内に住所を有しなくなった 4.　身体障害者施設等の適用除外施設に入所した 3.　在留資格３ヶ月以下の外国人である		1.　日本国内に住所を有するようになった 2.　身体障害者施設等の適用除外施設を退所した 3.　在留資格３ヶ月超の外国人になった		
該当または不該当日	西暦 ○○○○年○月○○日		適用除外該当の海外住所をご記入下さい 中国上海市○○△△□□		
入所施設の名称					
入所施設の所在地 電話	〒　　－ （　　局）　　番				

該当日＝日本に住所を有しなくなった日
（人事発令日ではない）

上記について事実に相違ないことを証明します。

イトーキ健康保険組合　御中

年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
名　事　業　主

事業所記入欄

＊任意継続の方は、事業主欄の記入は不要です。

イトーキ健康保険組合