

(被保険者)⇔(事業所)⇔(事業主)⇔(健保)

事業主⇔ロジスティード健康保険組合 御中

介護保険
適用除外届
(適用除外に該当)
(適用除外の解除)

健康保険組合				事業所(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

* 何れかを=線で抹消下さい

提出日	令和 年 月 日	*太枠内を記入下さい				
健康保険証の記号番号		フリガナ				
記号		番号			被保険者の氏名	
所属部署名		(〒: - -)(TEL: - -)				
被保険者住所						

適用除外申請対象者(被保険者本人または被扶養者)

氏名	フリガナ	続柄	性別	生年	月	日
			男 女	昭和 平成	年	月 日
区分(該当に○)	施設の所在地・名称等					施設区分
1. 施設入居(該当)	所在地:					施設区分
2. 施設退去(解除)	名称:					
入(退)居年月日	令和 年 月 日	(TEL: - -)				
氏名	フリガナ	続柄	性別	生年	月	日
			男 女	昭和 平成	年	月 日
区分(該当に○)	施設の所在地・名称等					施設区分
3. 施設入居(該当)	所在地:					施設区分
4. 施設退去(解除)	名称:					
入(退)居年月日	令和 年 月 日	(TEL: - -)				

(注)「施設区分」欄は下表の「区分」欄の記号を記入してください。

区分	施設の種類	区分	施設の種類
A	身体障害者療護施設	E	心身障害者福祉協会 福祉施設
B	重症心身障害児(者)病棟	F	国立・国立以外のハンセン病療養所
C	進行性筋萎縮症児(者)病棟	G	生活保護法 施設
D	重症心身障害児(者)施設		

許可	不許可	<理由>
----	-----	------

事業主所在地
事業主名称
事業主氏名

受付日付印
