

健康保険組合			事業所(本社総務)		
事務長	主任	担当			

ロジスティード健康保険組合 御中

介護保険適用除外

該 当
非該 当 届

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号番号	記号				番号											
	フリガナ											性 別	男 女				
	氏 名											生年月日	昭和 年 月 日				
	住 所	〒 - (TEL - -)															
	該当・非該当	該 当 非該当 被扶養者のみ										適用除外 事 由	1. 海外居住者 2. 在留期間3ヵ月以下の外国人 3. 適用除外施設に入所している方				
	該当・非該当 年 月 日(※)	令和 年 月 日															
	入居施設 所 在 地	〒 - (TEL - -)															
施 設 名																	

被 扶 養 者	フリガナ											性 別	男 女				
	氏 名											生年月日	昭和 年 月 日				
	該当・非該当	該 当 非該当										適用除外 事 由	1. 海外居住者 2. 在留期間3ヵ月以下の外国人 3. 適用除外施設に入所している方				
	該当・非該当 年 月 日(※)	令和 年 月 日															
	入居施設 所 在 地	〒 - (TEL - -)															
	施 設 名																

※海外居住者の該当日・非該当日について
該 当 日： 出国日の翌日(海外赴任中に満40歳に達した方は誕生日の前日)を記載してください。
非 該 当 日： 帰国日を記載してください。

事業主所在地

事業主名称

事業主氏名

受付日付印