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 2 0 8 番号 1 2 3 4 5 6			
	フリガナ	ケンポ　ヒロシ	性　別	男 ・ 女	
	氏　名	健保　ヒロシ	生年月日	昭和 ＊＊年　＊＊月　＊＊日	
	住　所	〒　－　(TEL　＊＊＊＊　－　＊＊　－　＊＊＊＊　) 会社に届出ている現住所を記載して下さい			
	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	ケンポ　ヒロコ	性　別	男 ・ 女
	氏　名	健保　ヒロコ	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