

介 護 保 険 適 用 除 外 該 当 届 不 該 当 届

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

事業所 担当者印

事業所コード		

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	記号		番号					住所 (〒 -)			添付書類						
											住民票の除票または戸籍フ票 (通)						
	海外赴任日 または帰任日		年		月		日		氏名			適用除外施設入居証明書 (通)					
									(印)			外国人登録証写し (通)					
性別		生年月日			適用除外の事由			該 当 不 該 当 の 別	該 当 不 該 当 の 年 月 日		入居施設の名称・所在地 ※適用除外施設入所による場合のみ記入						
男 昭和 女 平成 令和		年		月		日		国外居住者 適用除外施設入所者 在留資格一年未満の外国人	該 当 不 該 当		年		月		日		名称 所在地 〒 - 電話番号 () -

受 付 日 付 印
発 認 日 付 印

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所の所在地・名称 事業主の氏名	(印)
--	-----