デンカ健康保険組合		
常務理事	事務長	担当
※ 事務処理欄		

介護保険適用除外等 該当・非該当 届

海外転勤の場合
・・・該当届
帰国の場合
・・・非該当

保険証記号・番号	● ・ ●●●●●
被保険者氏名	健保 太郎
生 年 月 日	●● 年 ●● 月 ●● 日
住 所	〒 ●●● ー ●●●● ○○県 ○○市 ○○ ●-●-●
該当 非該当の別	該当 ・ 非該当
該当 非該当の年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日
適用除外等の理由	1. 国外居住者 2. 在籍資格１年未満の外国人 3. 身体障害者療養施設入居者 入居施設名称 （ ） 入居施設所在地 〒 ー 電話番号

住民票の転入・転出の日付をご記入下さい。

被扶養者氏名（40歳以上）	生年月日	性別	続柄	住 所
健保 花子	●●年●●月●●日	男 女	妻	〒 ●●● ー ●●●● ○○県 ○○市 ○○ ●-●-●
	年 月 日	男 女		〒 ー
	年 月 日	男 女		〒 ー

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	※ 事務処理欄

ご記入程宜しくお願い致します。