

※ 該当する口をチェックして下さい。

介護保険適用除外	<input checked="" type="checkbox"/>	施設入所者	<input checked="" type="checkbox"/>	該当	届
	<input type="checkbox"/>	在留3ヶ月以下の外国籍者	<input type="checkbox"/>	不該当	

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入下さい。

事業所名称		株式会社 みずほ銀行		提出日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者		記号	番号	所属 部室店	〇〇〇〇部
		〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	被保険者 氏名	みずほ 太郎
適用除外の事由が 「施設入所」の場合		施設名称	〇〇〇〇〇〇		
		所在地	東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
電話番号 (〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					
今回の適用除外に該当する介護保険第2号被保険者（被保険者本人の場合も再掲）					
氏名	続柄	生年月日	年齢	該当・不該当年月日	
みずほ 花子	妻	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇歳	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日	
		昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日			

※任意継続・特例退職の方は、この欄の記入は不要です。

事業主記入欄	事業所所在地	東京都〇〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇
	事業所名称	株式会社 みずほ銀行 〇〇〇〇部
	事業主又は 代理人の名前	部長 〇〇〇〇〇

事業主記入欄：関連会社の方は、事業所健保担当部署で証明を受けて下さい。
※FG, BK, TB, RTの方は、みずほ健保までお問い合わせ下さい。

みずほ健康保険組合事	適用除外年月日又は適用年月日	平成・令和 年 月 日
------------	----------------	-------------

受付日付印

常務理事	事務長	次長	担当