

※ 該当する□をチェックして下さい。

介護保険適用除外	<input type="checkbox"/>	施設入所者	<input type="checkbox"/>	該当
	<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。

				提出日	令和 年 月 日
事業所名称				所属 部室店	
被保険者	記号	番号		被保険者 氏名	
適用除外の事由が 「施設入所」の場合	施設名称				
	所在地	電話番号 () -			
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	
		昭・平・令 年 月 日	歳	平成・令和 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	歳	平成・令和 年 月 日	

事業主記入欄	事業所所在地 事業所名称
	事業主又は 代理人の名称

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

常務理事	事務長	次長	担当

受付日付印