

東邦ガス健康保険組合 理事長 殿

介護保険適用除外等 **該 当** 届
非 該 当

①被保険者証の記号 1 0	②被保険者証の番号 1 2 3 4	部・課 人事部 人事サービスグループ	所属長印	常務理事	事務長	担当者	
⑦ 被保険者の氏名 (氏) 東邦 (名) 太郎 (印)		⑧性別 男 1 女 2	⑨生年月日 昭 5 年 月 日 平 7 年 月 日 令 9 年 月 日	⑩被扶養者の氏名 (氏) 東邦 (名) 花子	⑪性別 男 1 女 2	⑫続柄 妻	⑬生年月日 昭 5 年 月 日 平 7 年 月 日 令 9 年 月 日
⑭被保険者の住所 10AB Lane, Wangfujing, Beijing1006, P. R. C	⑮被扶養者の住所 同左	⑯備考					
④ 適用除外等の理由 国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	⑤ 該当の別 該 当 1 非 該 当 2	⑥ 該当の年月日 令 和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○	⑦※ 被扶養者番号	⑰ 入居施設の名称			
				⑱ 入居施設の所在地	〒 ー		
				電 話	(局)		番
事業所所在地	〒 ー						
事業所名称							
事業主氏名	(印)						
電 話	(局) 番						

令和 ○年 ○月 ○日 提出

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
◎「※」欄は記入しないでください。