

正

記入例①除外該当の場合

該当

届

介護保険適用除外

非該当

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当

◎被保険者自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
 ◎転勤により国内から国外又は国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人からの署名又は押印は不要です。

① 記号			② 番号				③			
9	9	9				4	5	被保険者の氏名・印	鈴木 三郎	

鈴木印

④ 対象となる被保険者の氏名		性別	生年月日					被保険者の住所*		
(氏)	(名)	男	昭					〒	-	
鈴木	三郎	女	平	4	2	0	9	0	海外	
								TEL	-	

⑤ 対象となる被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日				被扶養者の住所*		
(氏)	(名)	男		昭				〒	-	
		女		平				TEL	-	

⑥ 適用除外	該当	の別	⑦ 該当					
	非該当		非該当					
国外居住	1. 該当	平成	2	1	0	4	0	6
	2. 非該当							

*:海外居住地の場合は「海外」と記載願います。
 平成 21 年 4 月 10 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

事業所所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
事業所名称	東京都中央区八丁堀1丁目2番地3号 三井物産〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	代表取締役 三井 一郎

印

正

記入例②除外非該当の場合

該当

届

介護保険適用除外

非該当

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

◎被保険者自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
 ◎転勤により国内から国外又は国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人からの署名又は押印は不要です。

① 記号			② 番号				③		被保険者の氏名・印	田中 吾朗	印
9	9	9				3	5				

④ 対象となる被保険者の氏名		性別	生年月日				被保険者の住所*						
(氏)	(名)	男 女	昭 平	4	0	1	0	0	4	〒120-△△△△ 東京都足立区中央一丁目×-×-××× TEL 03 - 1122 - 3344			
田中	吾朗	男	昭	4	0	1	0	0	4				

⑤ 対象となる被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日				被扶養者の住所*					
(氏)	(名)	男 女		昭 平						〒 - TEL - -			
		男		昭									

⑥ 適用除外	該当	⑦ 該当	の年月日					
	非該当		非該当					
国外居住	1. 該当	平成	2	1	0	6	0	1
	2. 非該当							

*:海外居住地の場合は「海外」と記載願います。
 平成 21 年 4 月 10 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

事業所所在地	〒 ○○○ - ○○○○
事業所名称	東京都中央区八丁堀1丁目2番地3号 三井物産○○○○株式会社
事業主氏名	代表取締役 三井 一郎

印