

正

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

介護保険適用除外 該当 届 非該当

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

① 記号			② 番号				③ 被保険者の氏名・印		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			〒 -		
			女	平			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					
	2. 非該当	平成				

平成 年 月 日 提出 *：海外居住地の場合は「海外」と記載願います。

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	
事業主氏名	印

副

介護保険適用除外 該当 届 非該当

① 記号			② 番号				③ 被保険者の氏名・印		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				〒	-	
		女	平				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	⑦ 該当	の年月日			
	非該当		の年月日			
国外居住	1. 該当	平成				
	2. 非該当					

平成 年 月 日 *:海外居住地の場合は「海外」と記載願います。

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印