

事業所番号

# 介護保険適用除外 **該当** 届 非該当

被保険者(申請者)

事業所名

ENEOSグループ健康保険組合

マネージャー	担当者

常務理事	事務長	担当者

(提出日)

令和 00 年 00 月 00 日

私(申請者)は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲示されています。

被 保 険 者	記号	0000	番号	00000000	適用除外の事由が1(国外居住者)の場合、以下を記入	
	会社 (出向者は出向元会社)	0000株式会社		移転前住所	〒 000 - 0000 00県00市00町1-1	
	事業所 (出向者は出向先会社)	000事業所		未定の場合、未定と記入 移転後住所	〒 - 100 Rose Street, New York, NY 11111, USA	
	課・グループ	総務部		単身時に記入 留守宅住所	〒 -	
	氏名	健保 太郎				
適用除外の事由		該当・非該当の別	該当(非該当)年月日	適用除外の事由が2(適用除外施設入所者)の場合、以下を記入		
1. 国外居住者		1. 該当	令和 00 年 00 月 00 日	入所施設の名称		
2. 適用除外施設入所者		2. 非該当		入所施設の所在地	〒 -	
3. 在留資格3ヵ月未満の外国人						

## <必要書類>

### 適用除外事例に該当するとき

- 海外居住者(該当)・・・人事異動を証明する書類(写)  
(社内掲示された辞令画面のキャプチャー)
- 適用除外施設の入所者・・・入所・入院証明(写)
- 在留資格3ヵ月未満の外国人・・・在留カード(写)等

### 適用除外事例に該当しなくなったとき

- 海外居住者(非該当)・・・人事異動を証明する書類(写)  
(社内掲示された辞令画面のキャプチャー)
- 適用除外施設の退所者・・・退所・退院証明(写)

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日付印