

| | | | | |
|----|------|-----|----|----|
| | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 |
| 決裁 | | | | |

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

介護保険 適用除外 該当 非該当 届 [特定施設入居者用]

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報 ※枝番(-00)記入は不要です。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|----|--|--|-------------|--|-------------|--------|
| 被保険者の記号・番号 | | | | | | | | | | フリガナ | |
| 記号 | | | | | | | | 番号 (右詰め) | | | 被保険者氏名 |
| 事業所名 (任継・特退の方は記入不要) | | | | | | | | | | 連絡先 | |
| 社名 | | | | | 所属 | | | | | 日中の連絡先 電話番号 | |
| 従業員番号 (右詰め) | | | | | | | | | | 事業所コード | |

※事業所コードは、事業所健保担当者が記入

適用除外申請対象者(被保険者本人または被扶養者)

| | | | | | | | |
|-----------|------|--|--------|---|------|--|-------|
| 氏名 | フリガナ | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭平令 | 年 | 月 日 |
| 入居施設の名称 | | | 施設区分※1 | 該当・非該当の区分※2 | | 申請理由発生日 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1.該当 <input type="checkbox"/> 2.非該当 | | <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 年 月 日 |
| 入居施設の所在地等 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | TEL | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|------|--|--------|---|------|--|-------|
| 氏名 | フリガナ | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭平令 | 年 | 月 日 |
| 入居施設の名称 | | | 施設区分※1 | 該当・非該当の区分※2 | | 申請理由発生日 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1.該当 <input type="checkbox"/> 2.非該当 | | <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 年 月 日 |
| 入居施設の所在地等 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | TEL | | | |

<注意事項>

※1 「施設区分」欄は下表の「区分」欄の記号を記入してください。

| 区分 | 内 容 |
|----|---|
| A | 身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設 |
| B | 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設 |
| C | 児童福祉法第27条第2項の厚生大臣が指定する医療機関〔指定国立療養所等の重症心身障害児(者)病棟または進行性筋萎縮症児(者)病棟〕 |
| D | 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法に規定する福祉施設 |
| E | 国立及び国立以外のハンセン病療養所 |
| F | 生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設 |
| G | 労働者災害補償保険法施行規則第18条の3の3第3号に規定する施設 |

※2 施設に入居したときは、「該当」、退居したときは「非該当」で申請してください。

<申請書の送付先>

| 加入区分 | 送付先 |
|-------------------|--|
| 一般被保険者 | 社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内郵便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木 |
| 任意継続被保険者、特例退職被保険者 | ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1] |

特例退職被保険者・任意継続被保険者の方は、下記の記載は必要ありません。

| | | |
|--------|---------|-------|
| 事業所所在地 | 事業所担当者印 | インプット |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | |

受付日付印