

健康保険被保険者適用除外承認申請書

(国民健康保険組合被保険者)

当該事業所に使用され、かつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

(記入例)

① 事業所の記号		② 事業所番号 (告知番号)	
③※ 被保険者の整理番号		④ 申請者の氏名	
		⑤ 生年月日	
		(性別)	
		用除外を 受けようと する年月日	
		申請者の印	

左の者は、次の事由に該当することにより当国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。

- 1 事業所状態変更
- 2 事業所設立等
- 3 新規採用
- 4 再就職

平成 年 月 日
大阪府医師
医師健康保険組合理事長 印

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

(フリガナ) <u>ヘイセイ ショウコ</u> (氏) <u>平成 昭子</u>	明大昭平 1 年 月 日 3 4 5 0 4 2 8 5 ② 6 7	平成 年 月 日 0 0 1 2 0 1	平成 年 月 日 印
⑩ 郵便番号 <u>5 4 2 0 0 1 2</u>	⑪ 被保険者住所	(フリガナ) <u>オオサカフ オオサカシ チュウオウク タニマチ7-1-44</u>	
※ 住所コード	都道府県	<u>大阪 大阪府 大阪市中央区谷町7丁目1番44号</u>	

事業所所在地	〒543-0001 大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号
事業所名称	医療法人 健有会 田中医院
事業主氏名	理事長 田中太郎
電話	06 (6768 局) 1451 番

法人代表者印

平成 年 月 日 提出

受付百符印

社会保険労務士の提出代行者印
印

正

◎ 記入の方法は4枚目の裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。
 ◎ 3枚目以降にも必要事項を記入してください。
 ◎ 被保険者が年金手帳及び基礎年金番号通知書を所有している場合は必ず年金手帳及び基礎年金番号通知書を添付してください。