

小松製作所健康保険組合 御中

事業所担当者

常務理事	事務長	担当者

介護保険適用除外該当・不該当届

	記号	番号	該当者	続柄	事由	該当・不該当 区分	該当・不該当 年月日	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日 提出

上記の申請について事実に相違ないことを証明します。	
事業所所在地	
事業所名	
事業主名	

(受付日付印)

※ この申請書に記入された個人情報は、健康保険業務全般に利用いたします。