

【記入例】

こちらの申請書は2枚複写のため、HPからダウンロードはできません。
ご希望の方は、適用除外承認申請書をお送りいたしますので当組合までお問い合わせください。

様式コード			
9	2	9	9

健康保険 **国保組合**
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)



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	〒 371 - 0000 前橋市口〇町一丁目8番5号
	事業所名称	〇〇クリニック
	事業主氏名	国保 太郎
	電話番号	027 (231) 0000

下記の者は、適用除外該当事由に該当することにより、必要な
組合証明欄のため記入不要

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

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。

申請者 1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) マエバシ ハルコ (氏) 前橋 春子	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 5 4 0 7 0 2 9.令和 年 月 日	④ 種別 ② 男女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分 6. 厚年	⑦ 適用除外年月日 9.令和 年 月 日 0 6 1 2 0 1		
	⑩ 住所 〒 370 - 5555	群馬県高崎市▲▲町100 アパート102号		
	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由	1. 事業所状態変更 2. 事業所設立		⑭ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日

2枚目に⑥、⑧、⑨ (⑩) も記入

組合証明欄のため記入不要

申請者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得区分 6. 厚年	⑦ 適用除外年月日		
	⑩ 住所			
	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由	1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職		⑭ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日

申請者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得区分 6. 厚年	⑦ 適用除外年月日		
	⑩ 住所			
	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由	1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職		⑭ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日

申請者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得区分 6. 厚年	⑦ 適用除外年月日		
	⑩ 住所			
	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由	1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職		⑭ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日

2枚綴りの全てをご提出ください