

**記入例**

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)



様式コ  
9 2 9

適用除外承認申請書  
のみ先に組合へ送付  
してください。

令和

提出者記入欄

事業所  
所在地 〒 330-0854  
埼玉県さいたま市大宮区桜木町  
\*丁目\*\*\*

事業所  
名称 関東信越税理士事務所

事業主  
氏名 国保 太郎

電話番号 048 (\*\*\*\*) \*\*\*\*\*

下記の者は、適用除外該当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。

令和 年 月 日

国民健康保険組合理事長 印

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

組合で記入します

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 被保険者整理番号	② 氏名 (氏名)	③ 生年月日	④ 種別	⑤ 取得区分	⑦ 適用除外年月日	⑩ 住所	⑫ 国保組合記載欄	⑬ 国保組合資格取得年月日
	1		健康 まもる	昭和 7.平成 600101 9.令和 041001	1.男 2.女 3.坑内員 5.男(基金) 6.女(基金) 7.坑内員(基金)	6.厚年		埼玉県****	1.事業所状態変更 2.事業所設立等 3.新規採用 4.再就職
2					6.厚年				9.令和 年 月 日
3					6.厚年				9.令和 年 月 日
4					6.厚年				9.令和 年 月 日