ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照） ①

介護保険 適用除外 ☑該 当 ☐非該当 届 〔特定施設入居者用〕

③ 提出日 令和 3 年 4 月 1 日

② ※太枠内を記入してください。

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												被保険者氏名	フリガナ ｹﾝｺｳ ﾀﾛｳ
④ 記号	1	1	1	番号（右詰め）	1	1	1	1	1	1	1		健康 太郎
事業所（いずれかに✔）					日中の連絡先 電話番号							連絡用メールアドレス	
⑥ ☑REL ☐RSMC ☐任継・特退													
⑦ 従業員番号（右詰め）												事業所コード	⑬ ※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）

⑧ 氏名	フリガナ	ｹﾝｺｳ	ｲﾁﾀﾛｳ	続柄	性別	生年月日			
	健康		一太郎	父	☑男 ☐女	㊧平 令	27 年	11 月	11 日
入居施設の名称			施設区分※1	該当・非該当の区分※2	⑫申請理由発生日				
⑨ 特別養護施設〇〇〇〇			⑩ A	⑪ ☑1.該当 ☐2.非該当	☐平 ☑令	3 年	3 月	25 日	
入居施設の所在地等									
住所	〒 123-4567 東京都 〇〇区 〇〇一丁目2番3号				TEL	01-2345-6789			

氏名	フリガナ		続柄	性別	生年月日			
				☐男 ☐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				
			☐1.該当 ☐2.非該当	☐平 ☐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	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］
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。

⑬

受付日付印

事業所所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

事業所名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

事業主氏名 〇〇 〇〇

事業所担当者印	インプット
印	

☆ 40～64歳の被保険者及び被扶養者のうち、下記に施設の入所される方、または出所される場合は、本届を提出願います。
A.身体障害者療護施設
B.重症心身障害児施設
C.指定国立療養所等の重症心身障害児(者)病棟・進行性筋萎縮症児(者)病棟
D.心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する福祉施設
E.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

【被保険者記入・確認事項】

① 施設に入居したときは「該当」、退居したときは「非該当」にチェック☑して申請してください。

② 太枠内を正確に記入願います。

③ 提出年月日は必ず記入願います。

④ 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。

⑤ 被保険者氏名を自署願います。

⑥ 事業所の該当する箇所に✓願います。

⑦ 従業員番号を正確に記入願います。 ※任継・特退の方は記入不要

⑧ 適用除外申請対象者の 氏名・続柄・性別・生年月日 を正確に記入願います。

⑨ 入居施設の 名称・所在地及び電話番号を正確に記入願います。

⑩ 施設区分は、申請書の下表に該当するものをA～Gの中から記入願います。

⑪ 施設に入居したときは「1.該当」、退居したときは「2.非該当」にチェック☑してください。

⑫ 施設に入居した日、または退居した日を記入願います。

【事業所健保担当者確認事項】

⑬ 事業所健保担当者は、事業所コードの記入・日付のわかる事業者担当者印を押印し、再度記入漏れ等がないか

確認のうえ、事業主欄を記入し健保組合へ提出してください。