

介護保険適用除外 該 当 不 該 当 届

常務理事	事務長	係	係

記号	番 号	被 保 険 者 氏 名

適用除外者氏名	生 年 月 日	年 齢	続 柄	性 別	備 考
	明 大 昭 平			1.男 2.女	
	明 大 昭 平			1.男 2.女	
	明 大 昭 平			1.男 2.女	

適用除外の事由	該当・不該当の年月日
1. 国外居住者（海外に居住し日本の住民登録を削除した日、または帰国し日本に住民登録をした日） 2. 身体障害者療養施設等入所者（当該施設に入所した日、または退所した日） 3. 在留資格1年未満の外国人（当初から1年未満の限定で入国した者）	平成 年 月 日

【個人情報保護に関して】

個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL03-5795-6111 FAX03-5795-6107
 受付時間/9：00～17：30（土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く）

事業所所在地	〒
事業所名称	印
事業主名	
電話	

⤵ 受付日付印

Notice of Exemption/Non-Exemption for long-term care Insurance

介護保険適用除外 **該当** 届
Exemption
不該当 **不該当**
Non-Exemption

常務理事	事務長	係	係

記号	番号	被保険者氏名
Symbol	Number	Name of the insured
999	999999	健保 太郎

適用除外者氏名	生年月日	年齢	続柄	性別	備考
Name of ineligible individual	Birth Date (Y/M/D)	Age	Relationship	Sex: male/female	Note
健保 太郎	明大 昭平 2 7 0 5 1 8	50	本人	①男 2.女	
健保 花子	明大 昭平 3 2 1 1 2 6	45	妻	1.男 ②女	
Meiji/Taisho/ Showa/Heisei	明大 昭平			1.男 2.女	

適用除外の事由	Reason for submitting this notice	該当・不該当の年月日
		平成 年 月 日
① 国外居住者 (海外に居住し日本の住民登録を削除した日、または帰国し日本に住民登録をした日)		
● 2. 身体障害者療養施設等入所者 (当該施設に入所した日、または退所した日)		
3. 在留資格1年未満の外国人 (当初から1年未満の限定で入国した者)		1 7 0 4 0 1

- 1. Overseas resident (date of relocation overseas and cancellation of Japanese certificate of residence or date of return to Japan and registration for Japanese certificate of residence)
- 2. Resident of healthcare facility for disabled individuals (date of entry or departure from the facility)
- 3. Non-Japanese individual eligible to reside in Japan for less than one year (i.e., a non-Japanese individual whose initial period of stay in Japan is limited to less than one year)

☺取り扱うことがあります。

4. 国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒141-0001東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL03-5795-6111 FAX03-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

Place of business entity	事業所所在地	〒 東京都品川区北品川6丁目7番35号
Name of business entity	事業所名称	ソニー健保株式会社
Name of employer	事業主名	〇〇 △△△
Telephone number	電話	() -

受付日付印