

甲種準組合員適用除外申請書

○甲種準組合員除外対象者について				
被保険者証記号番号				
氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日
住所				
前年総所得金額	年総所得金額 _____ 円			
適用期間		年	月	～ 年 3 月

上記の者に対し、前年総所得が 300 万円未満であるため、準組合員の区分を乙種とするよう所得証明を添えて申請します。

令和 年 月 日

事業所名 _____

組合員氏名 _____ 印

除外対象者氏名 _____ 印

※ 必ず組合員及び除外対象者本人の自署押印であること。

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長殿

*事務処理欄

適用期間：平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	係	受付印

(注意)

- ・太枠の中を漏れなく記入してください。
- ・所得証明を添えて提出ください。
- ・次年度も対象となる場合は再度申請が必要となります。