

介護保険適用除外 該当届

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号

常務理事	事務長	担当

(ア) 被保険者の氏名		(イ) 性別	③ 生 年 月 日			
(氏)	(名)	男1 ・ 女2	昭1 ・ 平2	年	月	日
		㊟				

(ウ) 被扶養者の氏名		(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日			
(氏)	(名)	男1 ・ 女2		昭1 ・ 平2	年	月	日

(キ) 被保険者の住所	〒 ー	(ク) 被扶養者の住所	〒 ー	(ケ) 備考	
-------------	-----	-------------	-----	--------	--

④ 適用除外の事由	⑤ 該当の別 該当 ・ 不該当	⑥ 該当の年月日	⑥※ 被扶養者番号	⑦※ 作成原因
国外住居者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格三ヶ月以下の外国人 3	該当1 ・ 不該当2	令和 年 月 日		

(コ) 入居施設の名称	
(サ) 入居施設の所在地	〒 ー
電話	( 局) 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 ー   ( 局) 番	㊟
--------------------------------	-----------------------	---

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	㊟
----------------	---