

介護保険適用除外 該当届
 該 当 届
 不 該 当

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
〇〇〇	〇〇〇〇

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) 健保	(名) 太郎	男 1 昭 1 女 2 平 2	〇	〇	〇	4 〇 1

(ウ) 被扶養者の氏名		(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日			
(氏) 健保	(名) 愛子	男 1 女 2	妻	昭 1 平 2	〇	〇	〇 5 〇 1

(キ) 被保険者の住所	〒 ー 100 ABC Road N.E. Atlanta, Georgia 30326 USA	(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	⑥ 該当の年月日	⑥※ 被扶養者番号	⑦※ 作成原因
1 国外住居者 2 身体障害者療養施設入所者 3 在留資格三ヶ月以下の外国人	該当 1 不該当 2	令和 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇		

(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	〒 111-1111
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇 ㊟
電話	111 (111 局) 1111 番

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	㊟
----------------	---