

介護保険適用除外 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

常務理事	事務長	課長	担当者

(ア) 被保険者の氏名	(イ) 性別	③ 生 年 月 日				
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 大 2 昭 3 平 4	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	明 1 大 2 昭 3 平 4	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 不 該 当 の 別	⑥ 該 当 不 該 当 の 年 月 日	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 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	平成 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	〒 ー		
事業所名称			
事業主氏名	(印)		
電話	(局)		番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)