

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	係 長	係 員

(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 事業所名称 事業主氏名 電話	〒                      ー	(印)
	(                      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)