

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
00000	000

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) ケンコウ (名) タロウ	男 1 女 2	明 1 大 2 昭 3 平 4	年	月	日		
健康	太朗	女	X	X	X	X	X

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日				
(氏) ケンコウ (名) ハナコ	男 1 女 2	妻	明 1 大 2 昭 3 平 4	年	月	日	
健康	華子	妻	昭	X	X	X	X

(キ) 被保険者の住所	〒600-1234 〇〇府△△区□□通 4567	(ク) 被扶養者の住所	〒 - 左記に同様	(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 X X X X X X		

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

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
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)