

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	係 員

所属事業所 担当者印

(ア) 被 保 険 者 の 氏 名	(イ) 性 別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 ・ 女 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	昭 3 平 4 令 5	年 月 日

(キ) 被保険者 の住所	〒 —	(ク) 被扶養者 の住所	〒 —	(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	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	〒 —
電 話	(局) 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 — (局) 番	(印)
---------------------------------	----------------------------------	-----

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印