

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
000	0000

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) ケンコウ (名) タロウ	男 ¹ 女 ²	昭 ³ 平 ⁴	年	月	日	
健康	太郎	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	昭 ³ 平 ⁴ 令 ⁵	年	月	日
健康	花子	妻	X	X	X	X

(キ) 被保険者の住所	〒 123-4567 〇〇県△△市□□町 123	(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	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 X X X X X X		

(コ) 入居施設の名称	
(カ) 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

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印
(局) 番

受付日付印