

# 介護保険適用除外 該 不 該 当 届

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	昭 1 平 2 令 3	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 1 平 2 令 3	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	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3ヵ月以下の外国人 3	該当 1 ・ 不該当 2	令和 年 月 日		

(コ) 入居施設の名称	
(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	(印)
電話	( 局 ) 番

令和 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)