

介護保険適用除外 **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
〇〇〇〇	〇〇〇〇-〇〇

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) 健保	(名) 太郎	男1 女2	昭1 平2 令3	〇	〇	〇	〇	〇	〇

(ウ) 被扶養者の氏名		(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生年月日						
(氏) 健保	(名) 花子	男1 女2		昭1 平2 令3	〇	〇	〇	〇	〇	〇

(キ) 被保険者の住所	〒 〇〇〇〇, Vietnam	(ク) 被扶養者の住所	〒 同左	(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	該当1	令和 年 月 日		
身体障害者療養施設入所者 2	不該当2	〇 〇 〇 〇 〇 〇		
在留資格3ヵ月以下の外国人 3				

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

事業所所在地	〒000-0000
事業所名称	東京都〇〇区〇〇町〇-〇
事業主氏名	〇〇〇〇(株) 総務部長 〇〇〇〇 印
電話	000 ( 0000 局 ) 0000 番

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

受付日付印