

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

① 健康保険被 険者証の記号	② 健康保険被 険者証の番号					常務理事	事務長		係		
⑦ 被 保 険 者 の 氏 名		① 性別	③ 生 年 月 日			⑧ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑨ 性別	⑩ 続柄	⑪ 生 年 月 日	
(氏) (名)		男 1 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日	(氏) (名)		男 1 女 2	昭5 平7 令9	年 月 日
⑫被保険者の住所		〒 ー				⑬被扶養者の住所		〒 ー			
								⑭ 備 考			
④ 適用除外等の理由		⑤ 該 当 の 別 非該当		⑥ 該 当 の 年 月 日 非該当		⑦※ 被扶養 者番号		⑮ 入居施設の名称			
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3		該 当 1 非該当 2		令和 年 月 日				⑯ 入居施設の所在地			
								〒 ー			
								電 話 (局) 番			

令和 年 月 日 提出

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

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

「※」欄は記入しないでください