

介護保険適用除外等 該 当 届 非 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
0 0 0	0 0 0 0 0

常務理事	事務長		係

⑦ 被保険者の氏名		① 性別	③ 生 年 月 日			⑦ 被扶養者の氏名		⑤ 性別	④ 続柄	⑦ 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	妻	昭 5 平 7 令 9	年	月	日
健保	太郎		0 0	0 0	0 0	0 0	健保	花子			0 0	0 0	0 0	0 0

⑤被保険者の住所	〒 ー ー 100ABC Road Charlotte, North Carolina 28211, USA	⑦被扶養者の住所	〒 ー ー 同左	⑧備考	
----------	--	----------	-------------	-----	--

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 別 非該当	⑥ 該 当 別 非該当	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因	⑨ 入居施設の名称	
国外居住者 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 0 0 0 0 0 0			⑩ 入居施設の所在地	〒 ー ー
					電 話	(局) 番

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

事業所所在地	〒 ー 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