

介護保険適用除外 該当届

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号

常務理事	事務長	担当者

被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2	明 1 大 2 昭 3 平 4	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男 1 ・ 女 2		明 1 大 2 昭 3 平 4	年	月	日

被保険者の住所	〒 ー	被扶養者の住所	〒 ー	備考	
---------	-----	---------	-----	----	--

適用除外の事由	該 当 不該当 の別	該 当 不該当 の年月日	※ 被扶養 者番号	※ 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	年 月 日 		

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 ー
電話	(局) 番

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

年 月 日 提出

受付日付印