

# 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

常務理事	事務長	業務課長	係

ア 被保険者の氏名	イ 性別	③ 生 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	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	(氏) (名)	男1 ・ 女2		明1 大3 昭5 平7 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・不該当年月日
国外移住者 1	該 当 1 ・ 不 該 当 2		年 月 日
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			

コ 入居施設の名称	
サ 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

平成 年 月 日 提出

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者印