

# 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
000	0000

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) ケンポ	(名) タロウ	男 <sup>1</sup> ・ 女 <sup>2</sup>	明1 大2 昭 <sup>3</sup> 平4	年	月	日	
健保	太郎		○	○	○	○	○

(ウ) 被扶養者の氏名		(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日				
(氏) ケンポ	(名) アイ コ	男 <sup>1</sup> ・ 女 <sup>2</sup>	母	明1 大2 昭 <sup>3</sup> 平4	年	月	日	
健保	愛子			○	○	○	○	○

(キ) 被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市△△町3-2-1	(ク) 被扶養者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市△△町10-1	(ケ) 備考	
-------------	--------------------------------	-------------	-------------------------------	--------	--

④ 適用除外の事由	⑤ 該当の別	⑥ 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	平成 年 月 日		
身体障害者療養施設入所者 2	不該当2	○	○	○
在留資格一年未満の外国人 3		○	○	○

(コ) 入居施設の名称	〇〇〇〇
(サ) 入居施設の所在地	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市△△町10-1
電話	000 ( 000 局) 0000 番

事業所所在地	〒 000 - 0000
事業所名称	〇〇県〇〇市△△町1-1
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社
電話	000 ( 000 局) 0000 番

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

