

介護保険適用除外 該 当 不該 当 届

常務理事	担 当		担 当 者

①健康保険被保険者証			
記号		番号	

②被保険者の氏名		性別	生年月日				
氏名		男 ・ 女	昭 平				

③被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日				
氏名		男 ・ 女	昭 平					

④被保険者の住所	〒	被扶養者の住所	〒	備考
----------	---	---------	---	----

⑤適用除外の事由	⑥該 当 不該 当 の別	⑦該 当 不該 当 の年月日	⑧入居施設の名称
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 ・ 不該 当	平成 令和 月 日	入所施設の 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

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※記入方法は別紙にありますのでよく読んでください。