

介 護 保 険 適 用 除 外 該 不 該 当 届

令 和 年 月 日 提 出

(受 付 日 付 印)

組 合	常務理事	事務長	担当者

経 由	長	長	担当者

健康保険被保険者証の記号

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄
	(氏)	(名)	昭 平		(氏)	(名)	昭 平		
	(フリガナ)				(フリガナ)				

被保険者の住所	〒 ー	被扶養者の住所	〒 ー	備考

適用除外事由	該当の別	該当の年月日	被扶養者番号	作成原因
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格3ヶ月以下の外国人	1. 該当 2. 不該当	令和 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 事業主名称 事業主氏名 電話	〒 ー (局) 番
--------------------------------	--------------------

提出代行者である社会保険労務士の氏名