

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

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		担当者								
※	1	1234															
⑦ 被 保 険 者 の 氏 名			① 性別	③ 生 年 月 日			⑧ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑨ 性別	⑩ 続 柄	⑪ 生 年 月 日						
(氏)	(名)		男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9	年	月	日	(氏)	(名)		男 1 女 2	母	昭 5 平 7 令 9	年	月	日	
健康		太郎		X	X	0	7	0	健康	華子		X	X	1	2	2	3
⑬被保険者の住所				〒 123 - 4567				⑭被扶養者の住所				〒 -				⑮ 備 考	
〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3																	
④ 適用除外等の理由		⑤ 該 当 の 別 非 該 当		⑥ 該 当 の 年 月 日 非 該 当		⑦※ 被 扶 養 者 番 号		⑯ 入 居 施 設 の 名 称				⑰ 入 居 施 設 の 所 在 地					
国外居住者 1		該 当 1		令 和 年 月 日				〒 -				〒 -					
身体障害者療養施設入居者 2		非 該 当 2		X	X	0	1	2	8	電 話 (局) 番							
在留資格3か月以下の外国人3																	

令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

受付日付印

住民票の転出日(転入日)を記入してください。

事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名	⑱		
電 話	(局)	番	

社会保険労務士の提出代行者印
⑲