

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		
(氏)	(名)		男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9	年	月	日	(氏)	
健康	太朗		男 1	昭 5 平 7 令 9	X	X	0 7 0 7	健康	
								華子	
								母	
								昭 5 平 7 令 9	
								X X 1 2 2 3	
⑥被保険者の住所				⑦被扶養者の住所				⑨ 備 考	
〒 123 - 4567 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		⑧※ 作成 原因	
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					
在留資格3か月以下の外国人3									
⑩ 入居施設の名称				〒 -					
⑪ 入居施設の所在地									
電 話				(局) 番					

令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

住民票の転出日(転入日)を記入してください。

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	⑫
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印
⑬