

# 介護保険適用除外等 該当 届 (正)

非該当

常務理事	事務長	課長	係長	係員

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				
(ア) 被保険者の氏名	(イ) 性別	③ 生 年 月 日			
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7	年	月	日
(印)					

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日		
(氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7	年	月	日
(I)					
(II)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7			
(III)	<input type="checkbox"/> 男1 <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7			

(キ)被保険者の住所	〒 -
------------	-----

(ク) 被扶養者の住所	郵便	除票の事実
(I)	〒 -	
(II)	〒 -	
(III)	〒 -	

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
国外居住者 1	<input type="checkbox"/> 該当1	平成 年 月 日	
身体障害者療養施設入所者 2	<input type="checkbox"/> 非該当		
在留資格1年未満の外国人 3	<input type="checkbox"/> 非該当2		

(コ)入居施設の名称	〒 -
(カ)入居施設の所在地	
電 話	( )

事業者所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	( )

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。  
 ◎記入の方法及び添付書類は、別紙に書いてありますのでよく読んで下さい。  
 ◎「\*」欄は記入しないで下さい。