

介護保険適用除外等 該 当 非該当 確認通知書(副)

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					
(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 非該当	⑥ 該 当 の 年 月 日 不該当	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	〒 -
(サ)入居施設の所在地	()
電 話	()

事 業 者 所 在 地	〒 -
事 業 所 名 称	殿
事 業 主 氏 名	()
電 話	()

上記のとおり、介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認をいたしましたので通知します。

平成 年 月 日
オリンパス健康保険組合 理事長