

介護保険適用除外

該当  
不該当

届

常務理事	事務長	関係者	担当者

健康保険被保険者証の記号番号						
被保険者氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)	男 女	昭和 平成	年	月	日

被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日		
(氏)	(名)	男 女		昭和 平成	年	月 日

被保険者住所

被扶養者住所

適用除外の事由	該当・不該当の別	該当・不該当年月日	被扶養者番号	作成原因
国外住居者 1	該当	年 月 日		
身体障害者療養施設入所者 2				
在留資格一年未満外国人 3	不該当			

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒
電話番号	( )局 番

年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	
--------------------------------	--

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印