

介護保険適用除外等 該当 届 (正)

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		係員

(ア) 被保険者の氏名	(イ) 性別	③ 生 年 月 日			
(氏) _____ (名) _____ (印)	男1 ・ 女2	昭5 平7	年	月	日

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日			
(氏) _____ (名) _____	男1 ・ 女2		昭5 平7 令9	年	月	日
(I)	男1 ・ 女2		昭5 平7 令9			
(II)	男1 ・ 女2		昭5 平7 令9			
(III)	男1 ・ 女2		昭5 平7 令9			

(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	該当 1	令和 年 月 日	
身体障害者療養施設入所者 2		年	月
在留資格1年未満の外国人 3	非該当 2	日	

(コ) 入居施設の名称	〒 _____
(サ) 入居施設の所在地 電話	_____ ()

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電話	_____ (印)

令和 年 月 日提出

受付日付印

◎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。
 ただし、転勤により国内から国外または国外から国内へ転居した場合は、被保険者の押印は不要です。
 ◎事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。
 ◎「*」欄は記入しないで下さい。