

介護保険適用除外 **該当** 届  
不該当

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
100	0000

常務理事	事務長		担当	

(ア) 被保険者の氏名	(イ) 性別	③ 生 年 月 日							
(氏) ケボ 健康	(名) タロ 太郎	男 1 ・ 女 2	昭 3 平 5 令 7	○	○	○	○	○	○

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日							
(氏) ケボ 健康	(名) ハコ 花子	男 1 ・ 女 2	妻	昭 3 平 5 令 7	○	○	○	○	○	○

(キ) 被保険者 の住所	〒 000-0000 00国00州00市00×××	(ク) 被扶養者 の住所	〒 000-0000 00国00州00市00×××	(ケ) 備 考	
-----------------	------------------------------	-----------------	------------------------------	---------	--

④ 適用除外の事由	⑤ 該 当 不該当 の別	⑥ 該 当 不該当 の年月日	⑦※ 被扶養 者番号	⑧※ 作成 原因
国外住居者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格 3 ヲ月以下の外国人 3	該当 1 ・ 不該当 2	令和 年 月 日 0 ○ ○ ○ ○ ○		

(コ) 入居施設 の名称	
(サ) 入居施設 の所在地	〒
電話	( 局 ) 番

事業所所在地	〒 -
事業所名称	(事業主記載)
事業主氏名	
電話	( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印
----------------

受付日付印