

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

③被保険者の氏名	④性別	⑤生年月日	⑥被保険者の住所	⑦除票の事実
印	1. 男	1. 昭和 年 月 日	〒 -	
	2. 女	2. 平成 3. 令和		

⑧被扶養者の氏名	⑨性別	⑩生年月日	⑪続柄	⑫被扶養者の住所	⑬除票の事実
	1. 男	1. 昭和 年 月 日		〒 -	
	2. 女	2. 平成 3. 令和			
	1. 男	1. 昭和 年 月 日		〒 -	
	2. 女	2. 平成 3. 令和			
	1. 男	1. 昭和 年 月 日		〒 -	
	2. 女	2. 平成 3. 令和			

⑭適用除外の事由	⑮該当・不該当の別	⑯該当・不該当年月日	⑰被扶養者番号*
1. 国外居住者	1. 該当	令和 年 月 日	
2. 身体障害者療養施設入居者	2. 非該当		
3. 在留資格1年未満の外国人			

⑱入居施設の名称	
⑲入居施設の所在地	〒 -
電 話	()

事業者所在地	〒 -
事業所名称	印
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

確認欄	以下を確認した場合は被保険者本人の捺印が省略できます。
□	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

社会保険労務士の提出代行者印
印

◎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。