

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								
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						
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			

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
しましたので通知します。

令和 年 月 日
オリンパス健康保険組合 理事長