

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
000	0000

常務理事	事務長	課長	係長	係員


(ア) 被保険者の氏名		(イ) 性別	(ウ) 生年月日				
(氏)	(名)	男1 女2	明1 大2 昭3 平4	年	月	日	
健保	太郎	男1 女2	昭3	0	4	0	1

(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	妻	明1 大2 昭3 平4	年	月	日
健保	愛子	女2	妻	昭3	0	5	1

(キ) 被保険者の住所	〒 — 100 ABC Avenue Boston, Massachusetts 02116	(ク) 被扶養者の住所	〒 — 同左	(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	⑥※ 被扶養者番号	⑦※ 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ヵ月以下の外国人 3	該当1 不該当2	年 月 日 0 0 0 0 0 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	〒111-1111 ○○県○○市○○町1
事業所名称	○○○○株式会社
事業主氏名	○○ ○○ 
電話	111 (111局) 1111番

○○年 ○○月 ○○日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)