

介護保険適用除外等 該当 届

常務理事	事務長	担当

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

被保険者の氏名	性別	③ 生年月日	被扶養者の氏名	性別	続柄	③ 生年月日
		年 月 日				年 月 日

被保険者の住所	〒	被扶養者の住所		備考	

④ 適用除外等の事由	⑤ 該当 非該当の別	⑥ 該当・非該当の年月日
国外居住者 ① 身体障害者療養施設 等入居者 ② 在留資格一年未満の 外国人 ③	該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/>	年 月 日

入所施設の名称	
入所施設の所在地	〒 -
電話	(局) 番

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