介護保険適用除外 該当 不該当 届

常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

健康保険 被保険証の記号	健康保険 被保険証の番号

被保険者の氏名		性別	生　年　月　日
（氏）	（名）	男 女	年　月　日

被扶養者の氏名		性別	生　年　月　日
（氏）	（名）	男 女	年　月　日

被保険者の住所	〒　－

被扶養者の住所	〒　－	備考	帯同・単身・その他（　）

適用除外の事由	該当 不該当 の別	該当 不該当 の年月日	被扶養者番号	作成原因
1．国外居住者 2．身体障害者療養施設入所者 3．在留資格一年未満の外国人	該　当 不該当	年　月　日		

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒　- 電話　（　）

事業所所在地	〒　-
事業所名称	
事業主氏名	
電　話	電話　（　）

年　月　日 提出

受付印

被保険者氏名欄の本人署名又は押印は、次のいずれかの要件を満たす場合は省略できます。省略する場合は該当する項目の□に☑を付してください。

□この届書は被保険者が作成したものです。　□記載内容について誤りがないか被保険者が確認しています。