

被保険者 介 護 保 険 適 用 除 外 該 当 届
 被扶養者 不該当

| | | | | | |
|------|-----|----|----|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 確認者 | 扱者 |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|-------------|-----|--------|------------------|---|---|---------------|---|--|--|
| 健康保険被保険者証の記号 | 健康保険被保険者証の番号 | 被 保 険 者 氏 名 | | 性別 | 生 年 月 日 | | | 被 保 険 者 の 住 所 | | | |
| | | (氏) | (名) | 男 女 | 昭 和 平 成 | 年 | 月 | 日 | 〒 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|--------|----|---------|---|---|---------------|---|--|-----|
| 被 扶 養 者 氏 名 | | 性別 | 続柄 | 生 年 月 日 | | | 被 扶 養 者 の 住 所 | | | 備 考 |
| (氏) | (名) | 男 女 | | 昭 和 | 年 | 月 | 日 | 〒 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|------------|----|------------|----|---------------|--|--|--|--|--|
| 適用除外の事由 | | 該 当 不該当 | の別 | 該 当 不該当 | の別 | 入 居 施 設 の 名 称 | | | | | |
| 日本国外居住者 | 1 | 該 当 | 1 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 身体障害者療養施設入居者 | 2 | 不該当 | 2 | | | | | | | | |
| 在留資格3ヶ月未満の外国人 | 3 | | | | | | | | | | |

【この届に添付して提出するもの】

- 適用除外の事由で、1に該当された方は、「住民票の除票」
- 適用除外の事由で、2に該当された方は、「入所・入院の証明書」
- 適用除外の事由で、3に該当された方は、「旅券その他在留資格を証明する書類」

【事業主記載欄】

| | |
|---------------------------------------|--|
| 確認(チェック)欄 <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> 被保険者に届出意思を確認しました。 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。 |
|---------------------------------------|--|

| | |
|-------------------------------|-----|
| 入 居 施 設 の 所 在 地 お よ び 電 話 番 号 | |
| 〒 | |
| 電話 | () |

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | () |

令和 年 月 日提出

受 付 日 付 印

| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
| |

