

介護保険適用除外等 該当届

健保 使用 欄	常務理事	担当上司	担当

記号	番号															
被保険者の氏名				生年月日				被扶養者の氏名		続柄	生年月日					
(氏)		(名)		昭和 平成	年	月	日	(氏)		(名)			昭5 平7 令9	年	月	日
被保険者の住所		〒				被扶養者の住所		〒		備考						
適用除外等の理由		該当の別 非該当		該当の年月日				※ 被扶養 者番号		※ 作成 原因		入居施設の名称				
国外居住者 1		該当 1		令和 年 月 日								入居施設の所在地				
身体障害者療養施設入居者 2		非該当 2										〒				
在留資格3か月以下の外国人 3												電話 (局) 番				

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒															
事業所名称																
事業主氏名																
電話	(局) 番															

受付日付印

社会保険労務士記載欄

◎「※」欄は記入しないでください。