

介護保険適用除外(該当・不該当) 届

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 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 |
| | |

| | | | |
|------|-----|--|---|
| 常務理事 | 事務長 | | 係 |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------|--|-----|---|---|---|---|-----|---|--|--|--|---|---|--|--|--|
| 被 保 険 者 の 氏 名 | 性別 | ③ 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">明 1</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">3</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">年</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">月</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">日</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black;">大 昭</td> <td style="border-right: 1px dotted black;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black;">平</td> <td style="border-right: 1px dotted black;">7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 明 1 | 3 | 年 | 月 | 日 | 大 昭 | 5 | | | | 平 | 7 | | | |
| 明 1 | 3 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 大 昭 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------|----|--|-----|---|---|---|---|-----|---|--|--|--|---|---|--|--|--|
| 被 扶 養 者 の 氏 名 | 性別 | 続柄 | ③ 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (氏) (名) | 男 1 女 2 | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">明 1</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">3</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">年</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">月</td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;">日</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black;">大 昭</td> <td style="border-right: 1px dotted black;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dotted black;">平</td> <td style="border-right: 1px dotted black;">7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 明 1 | 3 | 年 | 月 | 日 | 大 昭 | 5 | | | | 平 | 7 | | | |
| 明 1 | 3 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 大 昭 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|----------------|----------------|----|
| 被保険者の住所 〒 ー | 被扶養者の住所 〒 ー | 備考 |
|----------------|----------------|----|

| | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| ④ 適用除外の事由 | ⑤ 該 当 の別 不該当 | ⑥ 該 当 の年月日 不該当 | ⑦※ 被扶養 者番号 | ⑧※ 作成 原因 |
| 国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格1年未満の外国人 3 | 該当 1 不該当 2 | 平 年 月 日 成 | | |

| | |
|----------|-----|
| 入居施設の名称 | 〒 ー |
| 入居施設の所在地 | 〒 ー |
| 電話 | () |

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 ー |
| 事業所名称 | |
| 事業主名 | |
| 電 話 | () |

平成 年 月 日 提出

印

| |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行印 |
| 印 |

受付日付印