

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

## 介護保険適用除外該当・不該当届

|                |    |       |        |    |    |       |
|----------------|----|-------|--------|----|----|-------|
| 健康保険被保険者証の記号番号 |    |       |        |    |    |       |
| —              |    |       |        |    |    |       |
| 被保険者氏名         | 性別 | 生年月日  | 被扶養者氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日  |
|                | 男  | 昭 平 令 |        | 男  |    | 昭 平 令 |
|                | 女  | 年 月 日 |        | 女  |    | 年 月 日 |

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

|                |         |           |          |     |
|----------------|---------|-----------|----------|-----|
| 適用除外の事由        | 該当不該当の別 | 該当不該当の年月日 | 入居施設の名称  |     |
| 国外居住者 1        |         |           | 入居施設の所在地 | 〒 — |
| 身体障害者療養施設入居者 2 | 該 当 1   | 令和        | 電話番号     | ( ) |
| 在留資格一年未満の外国人 3 | 不該 当 2  | 年 月 日     |          |     |

|        |     |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 — |
| 事業所名称  |     |
| 事業主氏名  |     |
| 電話番号   | ( ) |

年 月 日 提出