

介護保険適用除外 該当届 不該当届

承 認 印	担当者

健康保険被保険者証の記号・番号										被 保 険 者 氏 名										被 保 険 者 の 生 年 月 日						性 別			
記 号										番 号	フリガナ										印	明	治	1	年	月	日	男	1
																													女
被 保 険 者 の 住 所												備 考																	
〒 -												〒 -																	
電話番号 ()												電話番号 ()																	

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 住 居 者	1	該 当	1	平成							入 居 施 設 の 地 所 在 地	〒 -		
身体障害者療養施設入所者	2	不 該 当	2											
在留資格1年未満の外国人	3													
電話番号 ()												電話番号 ()		

事業所所在地	〒 -									
事業所名所	印									
事業主氏名	印									
電 話	()									

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
印