

令和 年 月 日

介護保険適用除外 該当 届

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証	
記号	番号

	課長	係長	係

被保険者氏名	性別	生年月日	被扶養者氏名	性別	生年月日
	男・女	昭和 年 月 日		男・女	昭和 年 月 日

被保険者の住所 (〒 -)	被扶養者の住所 (〒 -)
-------------------	-------------------

入居施設の名称	適用除外の事由 1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格一年未満の外国人
入居施設の所在地 (〒 -)	
	該当 年月日 令和 年 月 日 不該当

事業所所在地	(〒 -)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() -

健保受付印

