

正

◎ ※印欄は記入しないでください。

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

介護保険適用除外(該当・不該当)届

(どちらかに○を付けてください)

令和 年 月 日					
常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

③ 被保険者の氏名	④ 生年月日	⑤ 被保険者の住所			
		〒 -			
TEL - -					

⑥ 被扶養者の氏名	⑦ 生年月日	⑧ 続柄	被扶養者番号	⑨ 被扶養者の住所	
			※	〒 -	
TEL - -					
			※	〒 -	
TEL - -					

⑩ 適用除外の事由	⑪ 該当・不該当の別	⑫ 該当・不該当年月日	⑬ 適用除外施設の名称	
1.適用除外施設入所	1. 該当 2. 不該当	令和 年 月 日	⑭ 適用除外施設の所在地	〒 -
2. 国外居住				
3.在留資格3ヶ月以下の外国人				TEL - -

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電 話 ()局 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄