

常務理事	事務長	担当

介護保険適用除外 **該当** 届  
不該当

① 健康保険被保険者証			
記号	1	番号	5678

② 被保険者氏名	性別	生年月日					
健保 一郎	男 女	昭和 平成	年	月	日		
			4	1	0	8	1

③ 被扶養者の氏名	性別	続柄	生年月日			
※被扶養者が該当の場合は ご記入ください。			昭和	年	月	日
			平成			
			令和			

④ 被保険者の住所	〒 106-0000 東京都港区中央4-5-6	被扶養者の住所	〒 - ※被扶養者が該当の場合は ご記入ください。	備考	
-----------	----------------------------	---------	---------------------------------	----	--

⑤ 適用除外の事由	⑥ 該当の別 不該当	⑦ 該当の年月日 不該当	⑧ 入居施設の名称		
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当 不該当	令和 年 月 日 2 2 1 1 1 5	入居施設の所在地 電話番号	〒 -	( ) 番

事業所所在地	〒 -
事業所名称	<b>事業所の証明欄</b>
事業主氏名	
電話	
番	

令和 年 月 日

受付日付印