

| | |
|---------------|---------------|
| 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 |
| 〇〇〇 | 〇〇〇〇 |

介護保険適用除外 **該当** 届

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

| | | |
|-------------|----------|----------------|
| (ア) 被保険者の氏名 | (イ) 性別 | ③ 生年月日 |
| (氏) 健保太郎 | 男1 女2 | 昭3 平4 令5 |
| (名) | | 年 月 日 |
| | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |

| | | | |
|-------------|----------|--------|----------------|
| (ウ) 被扶養者の氏名 | (エ) 性別 | (オ) 続柄 | (カ) 生年月日 |
| (氏) 健保華子 | 男1 女2 | 妻 | 昭3 平4 令5 |
| (名) | | | 年 月 日 |
| | | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |

| | | | | | |
|-------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------|--------|--|
| (キ) 被保険者の住所 | 〒 1234 Apple Street, #567 New York, NY 11111, USA | (ク) 被扶養者の住所 | 〒 ー 同左 | (ケ) 備考 | |
|-------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------|--------|--|

| | | | | |
|----------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|---------|
| ④ 適用除外の事由 | ⑤ 該当不該当の別 | ⑥ 該当不該当の年月日 | ⑦※ 被扶養者番号 | ⑧※ 作成原因 |
| 国外住居者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格3ヵ月以下の外国人 3 | 該当1 不該当2 | 令和 年 月 日 | | |
| | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | |

| | |
|--------------|---------|
| (コ) 入居施設の名称 | |
| (カ) 入居施設の所在地 | 〒 ー |
| 電話 | (局) 番 |

| | |
|--------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 ー |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | (印) |
| 電話 | (局) 番 |

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

受付日付印

| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
| (印) |