

## 介護保険適用除外等 該当 届 (正)


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

(ア) 被 保 険 者 の 氏 名	(イ) 性 別	③ 生 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 男1 ・ <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 大3 <input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7 <input type="checkbox"/> 令9			

事業主 確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

※被保険者本人自らの署名、被保険者本人の押印どちらも無い場合は、事業主が要件を満たしていることを確認のうえ提出して下さい。

(キ)被保険者の住所	〒
------------	---

(ウ) 被扶養者の氏名	(エ) 性 別	(オ) 続 柄	(カ) 生 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 男1 ・ <input type="checkbox"/> 女2	<input type="checkbox"/> 昭5 <input type="checkbox"/> 平7 <input type="checkbox"/> 令9			

(ク) 被扶養者の住所	郵便	除票の事実
(Ⅰ)	〒	
0 0		
(Ⅱ)	〒	
0 0		
(Ⅲ)	〒	
0 0		

④ 適 用 除 外 の 事 由	⑤ 該 当 の 別	⑥ 該 当 の 年 月 日	⑦* 被 扶 養 者 番 号
	<input checked="" type="checkbox"/> 該 当 1 ・ <input type="checkbox"/> 非 該 当 2	令和 年 月 日	

(コ)入居施設の名称	
(サ)入居施設の所在地	〒 -
電 話	( )

事 業 者 所 在 地	〒 -
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話	( )

令和 年 月 日 提出

受付日付印

◎記入の方法及び添付書類は、別紙に書いてありますのでよく読んで下さい。

◎「\*」欄は記入しないで下さい。