

健 保 捺 印 欄

常務理	事務長	室長	担当者

介護保険適用除外^{該当}_{不該当}届

健康保険被保険者証の記号・番号	
	※

被保険者の氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)	男1 ・ 女2	昭5 平7 令9	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日		
(氏)	(名)	男1 ・ 女2	昭5 平7 令9	年	月	日

被保険者の住所	〒 ー	被扶養者の住所	〒 ー	備考	
---------	-----	---------	-----	----	--

適用除外の事由	該当の別 不該当	該当の年月日 不該当
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該当1 ・ 不該当2	平成 令和 年 月 日

入居施設の名称	
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	
電話	(局) 番

令和 年 月 日提出

受付日付印

※個人番号の記載可