

常務理事	事務長	室長	担当

被扶養者 介護保険適用除外 該当 届
不該当

記号	番号	所属部課	職場電話	氏名 (自署)	生年月日
					昭和 年 月 日生

現住所 〒 —
自宅Tel — —

被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日	被扶養者住所
フリガナ		男	昭和 年 月 日生	〒 —
		女		Tel — —

適用除外の理由	該当・不該当の別	該当・不該当の年月日	入所施設の名称	入所施設の所在地・電話番号
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設等入所者 3. 在留資格3ヵ月以下の外国人	1. 該当 2. 不該当	令和 年 月 日		〒 — Tel — —

令和 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主 (代理人) 氏名

電話番号

(担当者氏名

Ⓜ

Ⓜ Tel

)

健保受付印