

常務理事	事務長	室長	担当

被保険者 介護保険適用除外 該当 届

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 — —					
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 — —	

(記入等には際しては、「記入上の注意等」を参照ください。)

事業所所在地	令和 年 月 日	健 保 受 付 印
事業所名称		
事業主(代理人)氏名	Ⓜ	
電話番号	(担当者氏名) Ⓜ TEL )	