

正

介護保険適用除外 ☐ 該当 ☐ 不該当 届

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

※うえの該当・不該当のどちらかに✓してください。
【記入方法については裏面をご覧ください。】

常務理事	事務長	課 長	係

㊦ 被 保 険 者 の 氏 名	㊥ 性 別 年 齢	③ 生 年 月 日
フリガナ (氏)	(名)	年 月 日 歳

㊧ 被 扶 養 者 の 氏 名	㊦ 性 別 年 齢	㊥ 続 柄	㊦ 生 年 月 日
フリガナ (氏)	(名)		年 月 日 歳

㊦ 被保険者の 住 所	〒	被扶養者の 住 所	〒	㊦ 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 居 住 者 ・1		年 月 日		
☐ 適 用 除 外 施 設 入 所 者 ・2				
☐ 在 留 資 格 3 ヶ 月 以 下 の 外 国 人 ・3				

㊦ 入居施設の 名 称	
㊦ 入居施設の 所 在 地	〒
電 話 番 号	()

事業所所在地	〒
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話 番 号	()

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印	
--------------------	--

巨樹の会健康保険組合

副

介護保険適用除外

☐ 該当
☐ 不該当

確認通知書

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

㊦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性 別 年 齢	③ 生 年 月 日
フリガナ (氏)		年 月 日
(名)	歳	

㊧ 被 扶 養 者 の 氏 名	① 性 別 年 齢	㊦ 続 柄	㊦ 生 年 月 日
フリガナ (氏)			年 月 日
(名)	歳		

㊦ 被保険者の 住 所	〒	被扶養者の 住 所	〒	㊦ 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 居 住 者 ・1		0 年 月 日		
☐ 適 用 除 外 施 設 入 所 者 ・2				
☐ 在 留 資 格 3 ヶ 月 以 下 の 外 国 人 ・3				

㊦ 入居施設の 名 称	
㊦ 入居施設の 所 在 地	〒
電 話 番 号	()

事業所所在地	〒
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話 番 号	()

令和 年 月 日 に提出された介護保険適用除外
該当・不該当届に基づき、上記のとおり確認をしました
ので通知します。

届書確認日付印

巨樹の会健康保険組合理事長

巨樹の会健康保険組合