

介護保険適用除外 該 当 届

常務理事	事務長	課 長	担当者

① 健康保険被保険者証			
記号	10	番号	333

② 被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	大昭平	年	月	日
鈴木	一郎	男	昭	3	3	0
		女	平	3	0	3

③ 被扶養者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女		年	月	日	
鈴木	花子	男	妻	昭	3	5	
		女		0	5	0	
				5	0	5	

④ 被保険者の住所	〒 343 - 0001 埼玉県……	被扶養者の住所	〒 - 同 左	備考
-----------	-----------------------	---------	------------	----

⑤ 適用除外の事由	⑥ 該 当 不該当 の別	⑦ 該 当 不該当 の年月日	⑧ 入居施設の名称
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 ・ 不 該 当	平成 年 月 日 1 4 0 7 0 3	入居施設の所在地 電 話 (局) 番

事業所所在地	〒 104 - 0001
事業所名称	東京都××市 ×××××
事業主氏名	〇〇〇〇株式会社
電 話	代表取締役社長 〇〇〇〇
	03 (××××局) 〇〇〇〇 番

平成 14 年 7 月 8 日 提出

受付日付印

記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。