

介護保険 適用除外 / 特定被保険者  
<該 当 ・ 不 該 当> 届

健康保険被保険者記号・番号		異動対象者	1. 被保のみ該当 2. 被保・被扶該当 3. 被扶のみ該当			常務理事	事務長	担当者
記号	番号							
被保険者の氏名・フリガナ			性別	生 年 月 日		被扶養者の氏名・フリガナ		
(氏) ..... (名)			男 ・ 女	昭5・平7・令9   .....   .....   .....		(氏) ..... (名)		
被保険者の住所 〒			被扶養者の住所 〒			備 考		
異動の理由			該当・不該当の別	該当・不該当の年月日		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 1  不該当 2	平成・令和 年 月 日   .....   .....   .....		入居施設の所在地 〒		
						電 話 ( 局 ) 番		

注) 不該当の場合、年月日は該当期間の最終日を記入してください。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業所氏名	
電 話	

( 局 ) 番

社会保険労務士の提出代行者名

受付日付印