|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **介護保険適用除外** | **該当****不該当** | **届** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| （ア） | （イ） | ③ |  | （ウ） | （エ） | （オ） | （カ） |
| 被保険者の氏名 | 性別 | 生　年　月　日 | 被扶養者の氏名 | 性別 | 続柄 | 生　年　月　日 |
| （氏） | （名） | 男1・女2 | 昭5平7 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （氏） | （名） | 男1・女2 |  | 昭5平7 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| （キ）被保険者の住所 | 〒　　　－ | （ク）被扶養者の住所 | 〒　　　－ | （ケ）備　考 |  |
|  |
| ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦※ | ⑧※ |  | （コ）入居施設の名称 |  |
| 適用除外の事由 | 該当不該当 | の別 |  | 該当不該当 | の年月日 | 被扶養者番号 | 作成原因 |
| 国外住居者　　　　　　　 1身体障害者療養施設入所者 2在留資格三ヶ月以下の外国人 3 | 該当1・不該当2 | 令和 | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | （サ）入居施設の所在地電話 | 〒　　　－ |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （　　　　局）　　　　　番 |
|  |
| 事業所所在地事業所名称事業主氏名電話 | 〒　　　－ |  | 令和　　　年　　　月　　　日　提出 |  |  |
|  |  |  |  |  | 受付日付印 |  |
| （印） | 社会保険労務士の提出代行者印 |  |  |  |  |
| （　　　　局）　　　　　番 |  | （印） |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　2020.3