

介護保険適用除外 ^(1. 該当) _(2. 非該当) 届

(1. 被保険者 2. 被扶養者)

常務理事	事務長	担 当	担 当

健康保険被保険者証の記号・番号			
記号		番号	

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
㊦	1. 男 2. 女	昭和 年 月 日 (歳)		1. 男 2. 女		昭和 年 月 日 (歳)

被保険者の住所	1. 日本国内に居住 2. 日本国外に居住	被扶養者の住所	1. 日本国内に居住 2. 日本国外に居住	適用除外の事由	1. 国外居住者 2. 身体障害者療護施設等入所者 3. 在留資格一年未満の外国人	該当 非 該当 の年月日	平成 年 月 日
---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	---	--------------------	----------

入居施設等の名称	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	健康保険組合の記入欄	1. 保険料免除 2. 保険料徴収	平成 年 月 日 提出 * 記入にあたっての注意事項 ① 介護適用除外者1名につき、本人・家族ごとに1部作成のこと。 ② 被扶養者氏名欄は、被扶養者が40歳から64歳までの方のみを記入のこと。 ③ 選択のものは数字に○を付けること。
--------	-------	-------	------------	----------------------	--

注. 身体障害者療護施設等入所者とは次の施設等に入所・入院している方です。

- (1) 身体障害者療護施設 (身体障害者福祉法第30条の規定)
- (2) 重症心身障害児施設 (児童福祉法第43条の4の規定)
- (3) 厚生大臣が指定する医療機関 (児童福祉法第27条第2項の規定により当該指定に係る治療等を行う病床に限る。)
- (4) 福祉施設 (心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号の規定)
- (5) 国立及び国立以外のハンセン病療養所
- (6) 救護施設 (生活保護法第38条第1項第1号の規定)

受付日付印