介護保険適用除外等　　　届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務局長 | 部　長 | 課　長 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

**該　当**

**不該当**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証 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 | 生年月日 |
| 氏 | 名 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 氏 | 名 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | 男 1女 2 | 昭和平成 |  |  |  |  |  |  |  |  | 男 1女 2 | 昭和平成 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者住所 | 〒 | 被扶養者住　　所 | 〒 | 備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 適用除外等の事由 | 該 当の別不該当 | 該当・不該当の年月日 | ※被扶養者番　　号 | ※作成原因 |  | 入居施設の名称 |  |
| 国外居住者 1身体障害者療養施設等入居者 2在留資格1年未満の外国人 3 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  | 入居施設の所在地電話番号 | 〒　 |
| 該　当 1不該当 2 | 平成令和 |  |  |  |  |  |  |

※欄は、記入しないでください。

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

【注意事項】

(1) 適用除外等の事由に該当したときは、次の書類を添付してください。

１．国内に住所を有しなくなったときは、住民票の除票

２．身体障害者療養施設等に入所するときは入所・入院証明書

３．在留資格１年未満の外国人は外国人登録証明書及び雇用契約期間を証明する書類

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地事業所名称事業主氏名電話 | 〒　　　　　－　 |
| 社会保険労務士の提出代行者印 |  |

民間放送健康保険組合