常務理事	事務局長	部　長	課　長	担当者

介護保険適用除外等 該当 不該当 届

被保険者 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	男 1 女 2	昭和 平成	年	月	日		氏	名	男 1 女 2	昭和 平成	年	月	日	

被保険者住所	〒	被扶養者住所	〒	備考	

適用除外等の事由	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	該当 1 不該当 2	平成 令和	年	月	日			

※欄は、記入しないでください。

入居施設の名称	
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 電話	〒　　—
社会保険労務士の提出代行者印	

【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

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

民間放送健康保険組合