

該当、不該当どちらかを○で囲んで下さい。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被 険者証の番号
101	0003

介護保険適用除外 該当 不該当 届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

ア 被保険者の名前		イ 性別	③ 生年月日					
(氏)	(名)	<input checked="" type="radio"/> 男1 ・ <input checked="" type="radio"/> 女2	明1 大2 昭3 平7	年	月	日		
東京	次郎	<input checked="" type="radio"/> 東京	2	0	0	1	1	0

ウ 被扶養者の氏名		エ 性別	オ 続柄	カ 生年月日					
(氏)	(名)	<input checked="" type="radio"/> 男1 ・ <input checked="" type="radio"/> 女2	妻	明1 大2 昭3 平7	年	月	日		
東京	京子	<input checked="" type="radio"/>		1	3	0	3	0	1

キ被保険者の住所	〒000-0000 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	ク被扶養者の住所	〒000-0000 埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	ケ備考	
----------	-----------------------------	----------	-----------------------------	-----	--

④ 適用除外の事由	⑤ 該当 不該当の別	⑥ 該当 不該当の年月日	⑦※ 被扶養 者番号	⑦※ 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	<input checked="" type="radio"/> 該当1 ・ <input type="radio"/> 不該当2	平成 年 月 日 1 3 0 2 0 1	⋮	

コ入居施設の名称	○△□療養所
サ入居施設の所在地	〒000-0000 埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
電話	0000 (00 局) 0000 番

事業所所在地	〒000-0000
事業所名称	日油株式会社本社
事業主氏名	代表取締役社長 ○○○○
電話	03 (5424 局) 6646 番

本日
社油印

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

印