|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険被保険者証 | 介護保険適用除外 | 該当不該当 | 届 |  |  |  |  |  |
| 記号 | 番号 |  | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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・女 | 昭・平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （氏） | （名） | 男・女 |  | 昭・平 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者の住所 | 〒　 －  | 被扶養者の住所 | 〒　 －  | 備　考 |  |
|  |
|  |  |  | ※ | ※ |  | 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在留資格一年未満の外国人 3 | 該当・不該当 | 平成 | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | 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） |  |  |  |  |
| （　　　　局）　　　　　番 |  |  |  |  |