

介護保険適用除外 該当届

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

健保使用欄	常務理事	事務長	部長	課長	担当

正

副

介護保険適用除外についての事業主宛通知書は副をもってかえさせていただきます。

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (右づめ)	住 所		備 考
	氏 名				〒	
	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	

対 象 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	住 所	備 考
	男・女	昭和 平成	年	月	日	
男・女	昭和 平成	年	月	日	〒	
男・女	昭和 平成	年	月	日	〒	

適用除外の事由	該 当 非該当	該 当 非該当	年 月 日	区分
1. 国外居住者	1. 該 当	平成	年	月
2. 施設入所者	2. 非該当	年	月	日
3. 在留期間が1年未満の外国人		年	月	日

入居施設の名称	〒
入居施設の所在地	
電 話	

所在地	平成 年 月 日
事業所 名 称	〒
事業主氏名印	
電 話	

受付日付印

(付記)
この通知書(副)を受け取ったら、すみやかに、被保険者に通知しなければなりません。

三井健康保険組合