

正

介護保険適用除外等該当届

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者等の記号	健康保険被保険者等の番号

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)			(氏)			
(名)	男・女	昭・平 年 月 日	(名)	男・女		昭・平 年 月 日

被保険者の住所	〒	被扶養者の住所	〒	備考	
---------	---	---------	---	----	--

適用除外等の理由	該当の別 非該当	該当の年月日 非該当
国外居住 1	該当	令和 年 月 日
身体障害者療養施設入居者 2		
在留資格が3か月以下の外国人 3	非該当	

入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒
電 話	()

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

【この届に添付して提出するもの】

- 適用除外等の事由が、1の場合「転出(入)日記載の住民票」
- 適用除外等の事由が、2の場合「入所・入院の証明書」
- 適用除外等の事由が、3の場合「在留資格が確認できる書類(写)」

受 付 印

介護保険適用除外等 該 非 該 当 確認通知書

副

健康保険被保険者等の記号		健康保険被保険者等の番号											
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			
適用除外等の理由		該 当 の別 非該当	該 当 の年月日 非該当										
国外居住 1		該 当 非該当	令和 年 月 日		入居施設の名称								
身体障害者療養施設入居者 2					入居施設の所在地		〒						
在留資格が3か月以下の外国人 3					電 話		()						
事業所所在地		〒											
事業所名称													
事業主氏名													
電 話		()											

上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認をしましたので通知します。

令和 年 月 日
ALSOK健康保険組合 理事長