介護保険適用除外等 該当／非該当 届

正

健康保険被保険者等の記号	健康保険被保険者等の番号

常務理事	事務長		担当者

被保険者の氏名		性別	生年月日
（氏）	（名）	男・女	昭・平　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

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／非該当の別	該当／非該当の年月日
国外居住 1 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	該当 非該当	令和　年　月　日

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	〒　　— （　　）

受付印

【この届に添付して提出するもの】

1. 適用除外等の事由が、1の場合「転出(入)日記載の住民票」
2. 適用除外等の事由が、2の場合「入所・入院の証明書」
3. 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)」

介護保険適用除外等 該当/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
（氏）	（名）	男・女	昭・平　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

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/非該当の別	該当/非該当の年月日
国外居住 1 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	該当 非該当	令和　年　月　日

入居施設の名称	
入居施設の所在地 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

綜合警備保障健康保険組合理事長