

常務理事	事務長	部長	係長	係

介護保険適用除外等 **該 当 届** 非該当

① 健康保険被保険者証

記号	5000	番号	999
----	------	----	-----

② 被保険者の氏名

(氏)	健保	(名)	一郎	生年月日	昭和 5 5 1 0 2 0	性別	男	③ 住所	〒 530 - 0012 大阪府大阪市北区芝田99-99	備考
-----	----	-----	----	------	----------------	----	---	------	---------------------------------	----

④ 被扶養者の氏名

(氏)		(名)		生年月日	昭和 平成	性別	男 女	続柄		⑤ 住所	〒 -
-----	--	-----	--	------	-------	----	--------	----	--	------	-----

⑥ 適用除外等の事由	⑦ 該 当 の 別 非該当	⑧ 該 当 の 年月日 非該当
国外居住者 ... 1	該 当	令和 年 月 日 0 2 0 4 1 5
身体障害者療養施設入居者 ... 2		
在留資格3ヵ月以下の外国人 ... 3	非該当	

⑨ 入居施設の名称

入居施設の所在地	〒 -
電話番号	( )

事業所所在地	〒 530 - 0012 大阪府大阪市北区芝田22-88-100
事業所名称	産業機械株式会社
事業主氏名	産業太郎
電話番号	06 ( 6372 ) 5501

令和 年 月 日提出 受付日付印

社会保険労務士記載欄

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

◎記入の方法及び添付書類については、裏面をご覧ください。