

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	担当者

介護保険適用除外 該当届
不該当

① 健康保険被の記号・番号	
記号	番号
153	10
② 被保険者の氏名	
(氏)	(名)
薬業	太郎
性別	生年月日
男	年 月 日
昭和平成	3 5 0 4 0 5
③ 被	
(氏)	

(注意)
介護保険適用除外に該当(不該当)する
介護第2被保険者が2名以上の場合は
個々に届を提出してください。

④ 被保険者の住所	〒 540-1111 大阪府大阪市中央区〇〇町1-1	被扶養者の住所	〒
			考

⑤ 適用除外の理由	⑥ 該当の別	⑦ 該当の年月日	⑧ 入居施設の名称
国外居住者 1	該当	令和 年 月 日	入居施設の
身体障害者療養施設入居者 2	不該当		所在地
在留資格3か月未満の外国人 3			電話番号 ()

事業所所在地	〒 540 - 1137 大阪府大阪市中央区〇〇町3-2-5
事業所名称	株式会社 △△薬品
事業主氏名	大阪 二郎
電話	()

令和 年 月 日 提出

受付日付印

◎記入の方法は裏面に記載してあります。