届書種別		処理区分	
適	17	所属	部　課 支店　支社

介護保険適用除外等 該当/非該当 届

常務理事	事務長	役席		担当

正

◎記入の方法及び添付書類をよく読んで記入してください。
◎「※」欄は記入しないでください。

① 健康保険被保険者の記号	② 健康保険被保険者の番号

㋐ 被保険者の氏名		㋑ 性別	③ 生年月日
(氏)	(名)		年　月　日

㋒ 被扶養者の氏名		㋓ 性別	㋔ 続柄	㋕ 生年月日
(氏)	(名)			年　月　日

㋖ 被保険者の住所	〒　—	㋗ 被扶養者の住所	〒　—	㋘ 備考	

④ 適用除外等の事由	⑤ 該当/非該当 の別	⑥ ※ 該当/非該当 の年月日
		年　月　日

㋙ 入居施設の名称	
㋚ 入居施設の所在地 電話	〒　— (　　局)　　番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒　— (　　局)　　番

令和　　年　　月　　日　提出

※ 受付日付印

介護保険適用除外等 該当/非該当 届

副

① 健康保険被保険者の記号	② 健康保険被保険者の番号

㋐ 被保険者の氏名		㋑ 性別	③ 生年月日
(氏)	(名)		年 月 日

㋒ 被扶養者の氏名		㋓ 性別	㋔ 続柄	㋕ 生年月日
(氏)	(名)			年 月 日

㋖ 被保険者の住所	〒 ―	㋗ 被扶養者の住所	〒 ―	㋘ 備考	

④ 適用除外等の事由	⑤ 該当/非該当 の別	⑥ ※ 該当/非該当 の年月日
		年 月 日

㋙ 入居施設の名称	
㋚ 入居施設の所在地 電話	〒 ― (局) 番

事業所所在地	〒 ―
事業所名称	
事業主氏名	様
電話	(局) 番

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

安田日本興亜健康保険組合理事長