

健康保険被保険証の	
(記号)	(番号)
.....

被保険者 被扶養者 介護保険適用除外等 該当 非該当 届

常務理事	事務長		

被保険者の氏名		性別	生年月日			
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日			
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日

被保険者の住所	〒	—

被扶養者の住所	〒	—	備考

適用除外の事由※	該当の別 非該当	該当の年月日
<input type="checkbox"/> 国外居住者	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日
<input type="checkbox"/> 身体障害者療養施設入居者		令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 在留資格3か月以下の外国人		

入居施設の名称	〒	—
入居施設の所在地	()	

※適用除外の事由に関する添付書類（該当届の場合に必要になります）
 1 国外居住者・・・住民票の除票（原本）
 2 身体障害者療養施設入居者・・・施設などに入所、入院していることを証明する書類
 3 在留資格3か月以下の外国人・・・外国人登録証明証（写し）及び雇用契約書（写し）

届出記入に誤りがないことを確認しました。

事業所等所在地
 事業所等名称
 事業主等氏名
 電話

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄