

副

介護保険適用除外等 該当確認通知書

当てはまる方を○で囲む

転勤により国内から国外へ
又は国外から国内への転居
した場合にはその旨を記入

① 記号	② 番号	記入		捺印		被扶養者の届出の場合は記入				
⑦ 被保険者の氏名 (氏) 健保 太郎	⑧ 性別 男 1 女 2	⑨ 生年月日 昭和 5 年 7 月 9 日	⑩ 被扶養者の氏名 (氏) 健保 花子	⑪ 性別 男 1 女 2	⑫ 続柄 妻	⑬ 生年月日 昭和 5 年 7 月 9 日	⑭ 備考 海外勤務のため			
⑮ 被保険者の住所 〒 164 - 0001 東京都中野区中野 4-10-5			⑯ 被扶養者の住所 〒 164 - 0001 東京都中野区中野 4-10-5							
⑭ 適用除外等の理由	⑮ 該当の別	⑯ 該当の年月日	⑰ ※被扶養者番号	⑱ ※作成原因	⑲ 入居施設の名称		⑳ 入居施設の所在地			
転居 身体障害者療養施設入居 転居資格3か月以下の外国	該当 1 非該当 2	令和 年 月 日			電話 () 番					

いずれかを○で囲む

記入

捺印

適用除外等の理由が「身体障害者療養施設入居者」である場合は、入居している又は入居していた施設の名称及び所在地を記入。

事業所所在地	〒 164 - 0001 東京都中野区中野 4-10-1
事業所名称	栗田健保
事業主氏名	代表取締役社長 健保 一郎
電話	〇〇 (〇〇〇〇 局) 〇〇〇〇 番

会社の証明欄

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いたしましたので通知します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

栗田健康保険組合理事長