

介護保険 適用除外等 該当・非該当 届

健康保険被保険者証の			
記号		番号	
被保険者の氏名		性別	生年月日
(氏)	(名)	1. 男 2. 女	昭和・平成 年 月 日
被保険者の住所			
〒 ー			

被扶養者の氏名		性別	続柄	生年月日
(氏)	(名)	1. 男 2. 女		昭和・平成・令和 年 月 日
被扶養者の住所				備考
〒 ー				

適用除外等の理由	該当・非該当の別	該当・非該当の年月日
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	1. 該当 2. 非該当	令和 年 月 日

入居施設の名称	
入居施設の所在地 電話番号	〒 ー (局) 番

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	〒 ー
電話番号	(局) 番

令和 年 月 日 提出

健保受付印



ツカモトグループ健康保険組合