常務理事	事務長	部 長	次 長	課 長	係 長	主 任	担 当

介護保険適用除外 該当 不該当 届

令和　　年　　月　　日

事業所記号	被保険者整理番号

確認欄	
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

（フリガナ） 被保険者氏名	性別	被保険者生年月日			
	1.男 2.女	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日

（フリガナ） 被扶養者氏名	性別	被扶養者生年月日			
	1.男 2.女	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日

被保険者の住所	〒　　－

被扶養者の住所	〒　　－

適用除外の事由	該当 不該当 の別	該当 不該当 の年月日			
1 国外居住者 2 身体障害者療養施設入居者 3 在留資格一年未満の外国人	1 該当 2 不該当	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日

入居施設の名所	
入居施設の所在地 電話番号	〒　　－

〒　　－
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話

備考	

社会保険労務士の提出代行者		受付日付印

酒フーズ健康保険組合