

正

届書コード

4 9 A

# 介護保険適用除外等 該 当 届 非該当

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者	

① 健康保険被保険者 証 の 記 号	② 健康保険被保険者 証 の 番 号
5 4 × ×	2 6 0

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性 別	③ 生 年 月 日
(氏) 埼玉	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭 <input checked="" type="checkbox"/> 5 年 月 日 平 7 4 2 0 4 1 2
(名) 修		

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	① 性 別	④ 統 柄	③ 生 年 月 日
(氏) 埼玉	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	昭 <input checked="" type="checkbox"/> 5 年 月 日 平 7 4 3 1 1 0 3
(名) 貴子			

⑤ 被 保 険 者 の 住 所	〒 999 - 9999 3601-HIDDEN LN #315PALOS.VERDES.PENIN CA XXX USA	⑦ 被 扶 養 者 の 住 所	〒 999 - 9999 同左	⑧ 備 考	
-----------------	--	-----------------	--------------------	-------	--

④ 適 用 除 外 等 の 理 由	⑤ 該 当 非 該 当 の 別	⑥ 該 当 非 該 当 の 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国外居住者 2. 適用除外施設入所 3. 在留資格3カ月以下の外国人	<input checked="" type="checkbox"/> 該 当 2. 非 該 当	令 和 年 月 日 0 4 0 8 0 1

⑨ 入 所 施 設 の 名 称	
⑩ 入 所 施 設 の 所 在 地	〒 -
電 話 番 号	- -

事業所所在地	〒 101 -0062 千代田区神田駿河台〇-〇
事業所名称	いろはに株式会社
事業主氏名	代表取締役 東京 大助
電話番号	03 ( 3296 ) ××××

令和 04 年 08 月 04 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

◎ 2枚目裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。

管工業健康保険組合

副

介護保険適用除外等  該当  非該当 確認通知書

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号
5 4 × ×	2 6 0

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生年月日
(氏) 埼玉 (名) 修	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 年 月 日 7 4 2 0 4 1 2

⑦ 被扶養者の氏名	① 性別	④ 続柄	③ 生年月日
(氏) 埼玉 (名) 貴子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	妻	昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 年 月 日 7 4 3 1 1 0 3

⑤ 被保険者の住所	〒 999 -9999 3601-HIDDEN LN #315PALOS.VERDES.PENIN CA XXX USA	⑦ 被扶養者の住所	〒 999 -9999 同左	⑧ 備考
-----------	---	-----------	-------------------	------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該当の別	⑥ 該当の年月日
<input checked="" type="checkbox"/> 国外居住者 2. 適用除外施設入所 3. 在留資格3カ月以下の外国人	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 2. 非該当	令和 年 月 日 0 4 0 8 0 1

⑨ 入所施設の名称	
⑩ 入所施設の所在地	〒 -
電話番号	- -

事業所所在地	〒 101 -0062 千代田区神田駿河台〇-〇
事業所名称	いろはに株式会社
事業主氏名	代表取締役 東京 大助 様
電話番号	03 ( 3296 ) ××××

上記のとおり確認しましたので通知します。

管工業健康保険組合理事長