

介護保険適用除外 該当届 不該当届

〔 必要事項を記入
または○で囲む〕

被保険者証記号・番号													
—													
被保険者の氏名		性別	生 年 月 日				被扶養者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	昭 平 令	年	月	日	(氏)	(名)	男・女	昭 平 令	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				入居施設の名称					
1. 外国居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格一年未満の外国人		該当・不該当		平成・令和 年 月 日				入居施設の所在地等		〒 — 電話 — —			

スズキ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり証明書類等を添付の上、届出します。

令和 年 月 日

事業主

㊞