

| | | |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 2 6 | | |

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

| | |
|--------------|-------------------|
| ① 事業所整理記号 | ② 被保険者 整理番号 |
| ※ | |

注) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

| | | | | | | |
|--------------|-----------------|---------------------|--------------|-----------------|---------|----------------------------|
| ㊦ 被保険者の氏名 | ① 性別 | ③ 生年月日 | ㊧ 被扶養者の氏名 | ④ 性別 | ⑤ 続柄 | ⑥ 生年月日 |
| (氏) (名) | 男 1 ・ 女 2 | 昭 5 平 7 年 月 日 | (氏) (名) | 男 1 ・ 女 2 | | 昭 5 平 7 令 9 年 月 日 |

| | | | | | |
|-----------------|-----|-----------------|-----|------|--|
| ㊨被保険者の 住民票住所 | 〒 — | ㊩被扶養者の 住民票住所 | 〒 — | ㊪ 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 | ⑦※ 被扶養 者番号 | ⑧※ 作成 原因 | 送 信 | ㊫ 入居施設の名称 | |
| 国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3 | 該 当 1 非該当 2 | 令和 年 月 日 | | | | ㊬ 入居施設の所在地 | 〒 — |
| | | | | | | 電 話 | () 局 番 |

令和 年 月 日 提出

| | |
|--------|---------|
| 事業所所在地 | 〒 — |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | () 局 番 |

| |
|---------|
| 健保受付日付印 |
|---------|

◎ 記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
◎ 「※」欄は記入しないでください。

内田洋行健康保険組合

令和6年12月改定