

① 被保険者証の記号	② 被保険者証の番号

介護保険適用除外等 該 当 届
非該当

常務理事	事務長	担当者

(ア) 被 保 険 者 の 氏 名	(イ) 性別	③ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 ・ 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日

(ウ) 被 扶 養 者 の 氏 名	(エ) 性別	(オ) 続柄	(カ) 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 ・ 女 2		昭5 平7 令9 年 月 日

(キ) 被保険者の住所	〒 ー
-------------	-----

(ク) 被扶養者の住所	〒 ー	(ケ) 備 考
-------------	-----	---------

④ 適 用 除 外 等 の 事 由	⑤ 該 当 非該当 の別	⑥ 該 当 非該当 の年月日
国外居住者 1 身体障害者療護施設入居者 2 在留資格3ヶ月以下の外国人 3	該 当 1 ・ 非該当 2	令和 年 月 日

(コ) 入居施設の名称	
(サ) 入居施設の所在地	〒 ー
電 話 番 号	(局) 番

事 業 所 所 在 地 事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名 電 話 番 号	〒 ー (局) 番
--	------------------------

令和 年 月 日 提出

受付日付印

東ソー関連健康保険組合

※ 届出の際には、証明書類を添えて提出してください。

- ・適用除外等の事由が 1 に該当する人 「住民票の除票」又は 転入日が記載された「住民票」
- ・適用除外等の事由が 2 に該当する人 「入所証明書」又は「退所証明書」
- ・適用除外等の事由が 3 に該当する人 旅券に押される「上陸許可認印(写)」 「在留資格証明書(写)」 「雇用契約書(写)」