

記入例

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

正

① 被保険者記号	② 被保険者番号
※	1 0 1 2 3 4 5 6

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生年月日
(氏) 健保	男 ① 女 2	昭⑤ 年 月 日 平7 3 0 1 0 2 8

⑦ 被扶養者の氏名	④ 性別	④ 続柄	⑦ 生年月日
(氏)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

⑤ 被保険者の住所	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市...	② 被扶養者の住所	〒 —	⑦ 備考
-----------	------------------------	-----------	-----	------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別 非 該 当	⑥ 該 当 の 年 月 日 非 該 当	⑦ ※ 被扶養者番号	⑧ ※ 作成原因	送 信
国外居住者 ①	該 当 ①	令和 年 月 日			
身体障害者療養施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	非該当 2	0 2 0 3 0 1			

⑨ 入居施設の名称	〒 —
⑩ 入居施設の所在地	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒104-0045
事業所名称	東京都中央区築地1丁目10番3号
事業主氏名	一般社団法人 日本貨物検数協会
電 話	会長 日 検 一 郎 03 (3543局) 3212番

◎ 「※」欄は記入しないでください。

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。
◎ 被保険者本人以外の方の押印は省略することになります。
◎ 転動により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

記入例

介護保険適用除外等 該 当 確認通知書
非 該 当

副

① 被保険者記号	② 被保険者番号
※	1 0 1 2 3 4 5 6

⑦ 被保険者の氏名	① 性別	③ 生年月日
(氏) 健保	(名) 太郎 ⑧	昭⑤ 年 月 日 平7 3 0 1 0 2 8

⑦ 被扶養者の氏名	⑨ 性別	⑩ 続柄	⑪ 生年月日
(氏)	男 1 女 2		昭5 年 月 日 平7

⑫被保険者の住所	〒××××-×××× 〇〇県〇〇市...	⑬被扶養者の住所	〒 —	⑭備考
----------	-------------------------	----------	-----	-----

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別 非 該 当	⑥ 該 当 の 年 月 日 非 該 当	⑦※ 被扶養者番号	⑧※ 作成原因
国外居住者 ① 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 ① 非該当 2	平成 年 月 日 2 1 0 3 0 1		

⑮ 入居施設の名称	〒 —
⑯ 入居施設の所在地	電話 (局) 番

事業所所在地	〒104-0045
事業所名称	東京都中央区築地1丁目10番3号
事業主氏名	社団法人 日本貨物検数協会 様
電話	会長 日検 一郎 ⑧ 03 (3543局) 3212番

平成 年 月 日
日本貨物検数健康保険組合理事長