

適用除外該当・不該当の年月日	令和	年	月	日
----------------	----	---	---	---

決定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

介護保険適用除外（該当・不該当）届

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

（被保険者）

氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

下記のとおり申請します

被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所の名称	
介護保険第2号被保険者に該当する被扶養者名・続柄	1		続柄	生年月日 年 月 日
	2		続柄	生年月日 年 月 日
被保険者の住所		被扶養者の住所		備考
〒 -		〒 -		
該当・不該当の区分	65歳未満の被保険者が介護保険適用除外に該当または不該当となった理由			該当・不該当となった年 月 日
a. 該当 b. 非該当	1. 日本国外（ 国）居住者 2. 在留資格1年未満の外国人（ カ月予定） 3. 身体障害療護施設等入所（施設名）			令和 年 月 日
入居施設の名称・所在地	名称	所在地 〒 - TEL		

事業主の証明欄	上記の内容に相違ないことを証明します
	令和 年 月 日
	所在地
	事業主名称 氏名

住民票または住民票の除票を添付してください。
※対象者1名につき1枚ご提出ください。

受付日付印