

正

常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

# 介護保険適用除外<sup>該当</sup>届

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号
4291	100

③ 被保険者の氏名	④ 性別	⑤ 生年月日
(氏) 神田	男① 女2	明1 大3 昭5 平7 37 10 10
(名) 一郎		

⑥ 被扶養者の氏名	⑦ 性別	⑧ 続柄	⑨ 生年月日
(氏)	男1 女2		昭5 平7 年 月 日
(名)			

⑩被保険者の住所	〒 中国北京市東城区 X-X-X	⑪被扶養者の住所	〒 --	備考
----------	---------------------	----------	------	----

⑫ 適用除外の事由	⑬ 該当の別 非該当	⑭ 該当の年月日 非該当
国外居住者 ①	該当①	平成 年 月 日
身体障害者療護施設入所者 2	非該当2	30 10 01
在留資格一年未満の外国人 3		

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	〒 OX△-XXXX
事業所名称	千代田区岩本町 X-X-X
事業主氏名	株式会社 OX出版
電話	代表取締役 千代田 太郎 03 (3292局) XXXX 番



平成 30年 10月 5日 提出

月分保険料( 月告知書発送)で計算します。

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印