

介護保険適用除外等 該 当 届 不 該 当

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
1010	10101

常務理事	事務長	係

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名		① 性別	③ 生 年 月 日			
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭 5 平 7	年	月	日
今井	務	印	×	×	1	1
			×	×	1	1
			×	×	1	1
			×	×	1	1
			×	×	1	1
			×	×	1	1

⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑤ 性別	⑥ 続柄	⑧ 生 年 月 日		
(氏)	(名)	男 1 女 2	妻	昭 5 平 7	年	月
今井	晴子	女	妻	×	×	1
				×	×	1
				×	×	1
				×	×	1
				×	×	1
				×	×	1
				×	×	1

④ 被保険者の住所	⑦ 被扶養者の住所	備考
〒 ー 8351 25th Ave SW Unit C Seattle, WA 98106, U.S.A	〒 ー 8351 25th Ave SW Unit C Seattle, WA 98106, U.S.A	

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

⑨ 入居施設の名称	〒 ー
⑩ 入居施設の所在地	〒 ー
電 話	(局) ー 番

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	<各会社の健康保険担当部門（人事部・総務部など）へご提出ください>
事業主氏名	事業所の証明
電 話	(局) ー 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印