

介護保険適用除外

(身体障害者等療養施設入所者)

該 当 届
非該当

令和 年 月 日提出

被保険者	記号	番号	氏名		生年月日
	20				昭 平 年 月 日
被扶養者	氏名		性	続柄	生年月日
			男・女		昭 平 年 月 日
入居施設	入所者	被保険者 被扶養者			
	施設名称				
	所在地	〒 TEL			
区分	該当・非該当の年月日		備 考		
該 当					
非該当	年 月 日				

※適用除外申請が外国居住の場合は「被保険者海外赴任・国内帰任届」で申請のこと。

事業所 所在地
名 称
事業主名

受付印

旭化成健康保険組合

--	--	--	--	--

<書類の流れ>

本人 — 事業主 — (正) 健保
(写)