

正

(コード・49A)

介護保険適用除外 (該当)・不該当) 届

(どちらかに○を付けてください)

| | | | | | |
|------|------|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 抜者 | 検認 |
| | | | | | |

| | |
|---------------|---------------|
| 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 |
| 54 × × | 260 |

| | | | |
|-----------|---------------|------|---|
| ③ 被保険者の氏名 | ④ 生年月日 | ⑤ 性別 | ⑥ 被保険者の住所 |
| 埼玉 修 | 昭和 32年 4月 12日 | 男 | 〒 3601 HIDDEN LN #315 PALOS. VERDES. PENIN CA × × × U. S. A TEL 0011-310 - × × × × |

| | | | | | |
|-----------|---------------|------|------|--------|-------------------|
| ⑦ 被扶養者の氏名 | ⑧ 生年月日 | ⑨ 性別 | ⑩ 続柄 | 被扶養者番号 | ⑪ 被扶養者の住所 |
| 埼玉 貴子 | 昭和 33年 11月 3日 | 女 | 妻 | * | 〒 - 同上 TEL - - |
| | 昭和 年 月 日 | 男女 | | * | 〒 - TEL - - |

| | | |
|---|-----------------|---------------------|
| ⑫ 適用除外の事由 | ⑬ 該当・不該当の別 | ⑭ 該当・不該当年月日 |
| 1. 適用除外施設入所 ② 国外居住 3. 在留資格3カ月未満の外国人 | 1. 該当 2. 不該当 | 平成 年 月 日 24 4 20 |

| | |
|--------------|----------------|
| ⑮ 適用除外施設の名称 | |
| ⑯ 適用除外施設の所在地 | 〒 - TEL - - |

| | |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒 101 - 0062 千代田区神田駿河台○-○ |
| 事業所名称 | いろはに株式会社 社印 |
| 事業主氏名 | 代表取締役 東京 大助 代 審 印 |
| 電話 | 03 - 3296 - × × × × |

平成 24年 4月 23日 提出 入力 検認

| |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
| 印 |

受付日付印

◎ 記入の方法は2枚目の裏面に書いてありますのでお読みください。
◎ ※印欄は記入しないでください。