

介護保険適用除外 該当届 不該当届

〔必要事項を記入
または○で囲む〕

被保険者証記号・番号						
—						
被保険者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	昭 平	年	月	日

被扶養者の氏名		性別	生 年 月 日			
(氏)	(名)	男・女	昭 平	年	月	日

担 当	課 長	事務長	常務理事
—	—	—	—

被保険者の住所	〒 —
---------	-----

被扶養者の住所	〒 —
---------	-----

適用除外の事由	該 当 不該当 の別	該 当 不該当 の年月日
1. 国内居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格三ヶ月以下の外国人	該当・不該当	平成 年 月 日

入居施設の名称	〒 —
入居施設の所在地等	電話 — —

スズキ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり証明書類等を添付の上、届出します。

平成 年 月 日

事業主

㊤