

受付印

正

介護保険適用除外 ~~該当~~ 届

決裁

日付印

常務理事	事務長	業務課長	担当者

平成 13 年 5 月 23 日 提出

※標題の該当、非該当欄のどちらかを○で囲んでください。
※太線の枠内をご記入ください。

被保険者証 記号-番号	17-123456	氏名	川山 五郎 (印)	年齢	41	2号被保険者の適用除外該当、 非該当 となる被扶養者						
適用除外該当、又は非該当の理由	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、又は退所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人 <input type="checkbox"/> その他 ()					氏名	川山 巖	続柄	父	適用除外該当、非該当の日	平成 13 年 5 月 15 日	
適用除外該当年月日 又は非該当年月日	平成 年 月 日					適用除外該当、非該当の理由	<input type="checkbox"/> 海外(国内)に住所を異動 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、退所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
※下記には記入しないでください。						氏名		続柄		適用除外該当、非該当の日	平成 年 月 日	
従前における被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者					適用除外該当、非該当の理由	<input type="checkbox"/> 海外(国内)に住所を異動 <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、退所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
決	適用除外該当年月日 又は非該当年月日	平成 年 月 日					入居施設 の名称	身体障害者療養施設 愛育園				
	被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者						入居施設 の所在地	千葉県花巻川区 〇〇3丁目-2			
定	適用除外とならない理由	<input type="checkbox"/> 入所施設が介護保険の適用除外施設に不該当 <input type="checkbox"/> その他 ()					電話		043 (212 局) XXXX 番			

13 5 23

事業所所在地 名称 事業主名	電話 () 局 印番
----------------------	-------------

副

介護保険適用除外 ~~該当~~ 届

平成 13 年 5 月 23 日 提出

被保険者証 記号-番号	17-123456	氏名	川山 五郎 (印)	年齢	41	2号被保険者の適用除外該当、 非該当 となる被扶養者						
適用除外該当、又は非該当の理由	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、又は退所 <input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人 <input type="checkbox"/> その他 ()					氏名	川山 徹	続柄	父	適用除外該当、非該当の日	平成 13 年 5 月 15 日	
適用除外該当年月日 又は非該当年月日	平成 年 月 日					適用除外該当、非該当の理由	<input type="checkbox"/> 海外(国内)に住所を異動 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、退所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
*下記には記入しないでください。						氏名			続柄	適用除外該当、非該当の日		
従前における被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者					適用除外該当、非該当の理由	<input type="checkbox"/> 海外(国内)に住所を異動 <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所、退所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
決定	適用除外該当年月日 又は非該当年月日	平成 年 月 日					入居施設の名称	身体障害者療養施設 瘦育園				
	被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者					入居施設の所在地	千葉県花見川区 003丁目-2				
	適用除外とならない理由	<input type="checkbox"/> 入所施設が介護保険の適用除外施設に不該当 <input type="checkbox"/> その他 ()					電話	043 (212局) XXXX 番				

上記の適用除外該当、非該当届のあった者について、介護保険における被保険者の取扱いを決定いたしましたので通知いたします。
 なお、介護保険料は、「適用除外該当年月日」の属する月から徴収せず、「適用除外非該当年月日」の属する月から徴収します。

平成 13 年 5 月 23 日

イオン健康保険組合理事長