

常務理事	事務長			係

## 介護保険適用除外 該当・不該当届

被保険者証	記号	
	番号	

フリガナ		性別	生年月日			続柄	該当日			不該当日			適用除外の事由
氏	名		年	月	日		H	年	月	日	H	年	
		男・女	S										1. 適用除外施設入所 2. 国外居住者 3. 国内居住1年未満の外国人
		男・女	S										1. 適用除外施設入所 2. 国外居住者 3. 国内居住1年未満の外国人
		男・女	S										1. 適用除外施設入所 2. 国外居住者 3. 国内居住1年未満の外国人

適用除外の事由が施設入所の場合は、施設の名称・所在地を記入して下さい

入居施設の名称		入居施設の所在地	〒 - ( )
---------	--	----------	---------

〔注〕 対象は第2号被保険者（40歳以上65歳未満の被保険者及び被扶養者）です  
 該当・不該当が本人の場合も記入して下さい（続柄は本人）  
 適用除外の事由に をつけて下さい

所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印

受付日付印

**グラクソ・スミスクライン健康保険組合**