介護保険被保険者適用除外該当・非該当届

常務理事	事務長	課長･ﾘｰﾀﾞｰ	担当者

※太線内にご記入ください。

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者	記号	番号	氏名	会社名	所属 (TEL:　　)

対象者		氏　名	性別	続柄	生年月日	年齢	該当・非該当	適用除外等の事由	適用・非該当年月日	備　考
	被保険者	本人	1.男 2.女	本人	S･H　.　.		1.該　当 2.非該当	海外 1.出国　2.帰国 施設 1.入所　2.退所	H･R　.　.	
	被扶養者		1.男 2.女		S･H　.　.		1.該　当 2.非該当	海外 1.出国　2.帰国 施設 1.入所　2.退所	H･R　.　.	
	被扶養者		1.男 2.女		S･H　.　.		1.該　当 2.非該当	海外 1.出国　2.帰国 施設 1.入所　2.退所	H･R　.　.	
	被扶養者		1.男 2.女		S･H　.　.		1.該　当 2.非該当	海外 1.出国　2.帰国 施設 1.入所　2.退所	H･R　.　.	

武田薬品健康保険組合

事業主証明欄	
	事業主所在地
	事業主 名称
	事業主 氏名
	電 話 番 号　TEL　　(　　)

健保処理欄	該当・非該当入力	

注：１．該当・非該当欄は該当する番号に〇印をつけてください
２．対象被扶養者とは健康保険組合で認定されている40歳から65歳未満の被扶養者です。
３．施設とは介護保険法に基づく適用外施設（身体障害者医療施設、重症心身障害者福祉施設等）です。
４．任意継続の方は、健康保険組合へ提出してください。