

介護保険適用除外等 該 当 届 非 該 当

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者

健康保険被保険者証	
① 記号	② 番号

⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 性別	③ 生 年 月 日	⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名	② 性別	④ 続 柄	⑧ 生 年 月 日
(氏) (名)	男 1 女 2	明 1 大 3 昭 5 平 7	(氏) (名)	男 1 女 2		昭 5 平 7

⑤ 被 保 険 者 の 住 所	⑥ 被 扶 養 者 の 住 所	⑨ 備 考
-----------------	-----------------	-------

④ 適用除外等の理由	⑤ 該 当 の 別 非該当	⑥ 該 当 の 年 月 日 非該当	⑦ ※ 被扶養者 番号	⑧ ※ 作成 原因
国外居住者 1	該 当 1	平成 年 月 日		
身体障害者療養施設入居者 2	非該当 2			
在留資格一年未満の外国人 3				

※記入不要です。

⑩ 入居施設の名称	〒
⑪ 入居施設の所在地	〒
電 話	(局) 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

明治大学健康保険組合

◎ご提出の際は次の書類を添付してください。

○該当届

- ④の理由が1の場合：「住民票の除票」
- ④の理由が2の場合：「入所・入院の証明書」
- ④の理由が3の場合：「外国人登録証明書」

○非該当届

- ④の理由が1の場合：「転入日の記載された住民票」
- ④の理由が2の場合：「退所・退院の証明書」
- ④の理由が3の場合：「外国人登録証明書」