

副

介護保険適用除外等 ~~非該当~~ 該当 確認通知書

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		
※		8	123456	
⑦ 被保険者の氏名		① 性別	③ 生年月日	
(氏)	(名)	男 1 女 2	昭 5 平 7 令 9 4 2 1 1 2 3	
川山	五郎	男 1	昭 5 平 7 令 9 4 2 1 1 2 3	
⑦ 被扶養者の氏名		⑤ 性別	④ 続柄	⑧ 生年月日
(氏)	(名)	男 1 女 2	父	昭 5 平 7 令 9 2 8 0 5 2 2
川山	巖	男 1	父	昭 5 平 7 令 9 2 8 0 5 2 2
⑤ 被保険者の住所		⑥ 被扶養者の住所		⑨ 備考
〒 261 - 1234 千葉県〇〇市××町1-5-145		〒 261 - 1234 千葉県〇〇市××町1-5-145		介護保険適用 除外施設に入所
④ 適用除外等の理由	⑤ 該当の別	⑥ 該当の年月日	⑦ ※ 被扶養者番号	⑧ ※ 作成原因
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	該当 1 非該当 2	令和 年 月 日 0 1 0 5 0 1		
⑩ 入居施設の名称		身体障害者療養施設 愛育園		
⑪ 入居施設の所在地		〒 261 - ×××× 千葉県〇〇市△△町1-5-5		
電話		043 (239) ××××		
事業所所在地		〒 261 - 4567		
事業所名称		千葉県千葉市美浜区〇〇-△△		
事業主氏名		(株)イオン〇〇		
電話		〇〇 △△ 043 (212) ××××		

2022. 1

上記のとおり介護保険適用除外等該当届又は非該当届の確認をしましたので通知します。

令和 年 月 日

イオン健康保険組合