

介護保険 被保険者適用除外（解除）届

介護保険 決定通知書

常務理事	事務長	担当者			
		令和 年 月 日 提出			
被保険者の 記号・番号	記号	番号	氏名	年齢	
適用除外 理由	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所				
	<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（ ）				
適用除外年月日	令和 年 月 日				
第2号被保険者の適用除外となる被扶養者					
氏名		続柄	適用除外となった日		
適用除外理由					
氏名	続柄		適用除外日		
			令和 年 月 日		
適用除外 理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動（転出）				
	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
氏名	続柄		適用除外日		
			令和 年 月 日		
適用除外 理由	<input type="checkbox"/> 海外に住所を異動（転出）				
	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				

事業所 所在地 名称 事業主名	
--------------------------	--

※下記には記入しないで下さい

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"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者	
決定	被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者
	適用除外年月日	令和 年 月 日
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"/> 被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

上記の届出のあった者について、介護保険における被保険者の取扱を決定致しましたので通知致します。なお、介護保険料は「適用除外年月日」の属する月から徴収しません。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合  
常務理事