

介護保険 適用除外(該当・非該当)届

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者	
記号	番号(右づめで記入)

令和 年 月 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話 番号	自宅	
所属 (または出向先)	部 室・グループ 課・工場		職場(内線)	
被保険者住所	〒 -		職場(外線)	

届出対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	適用除外の事由	該当・非該当	該当・非該当年月日	健保記入欄
(フリガナ)	昭 年 月 日 平	男 女		1.適用除外施設入所 2.国外居住者 3.国内居住3ヶ月未満の外国人 4.その他()	該 当 非 該 当	令和 年 月 日	

【適用除外の事由】において「適用除外施設入所」を選択された場合は、 下欄に「入居施設の名称」及び「入居施設の所在地」を記入してください。	
入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 電話番号

- 適用除外施設入所
 - ・該当年月日・・・入所した日の翌日
 - ・非該当年月日・・・退所した日
- 国外居住者
 - ・該当年月日・・・国内に住所を有さなくなった日(※)の翌日
 - ・非該当年月日・・・国内に住所を有した日(※)
 - ※住民票を移した日
- 短期滞在(国内居住所3ヶ月未満)の外国人
 - ・該当年月日・・・①40歳以上で資格取得した場合→資格取得日
 - ②40歳未満で資格取得した場合→40歳の誕生日の前日
 - ・非該当年月日・・・3ヶ月を経過した日

【注 記】 海外勤務の方は、「被保険者海外勤務・国内帰任届」により事業主から健保への届出となります。

受付日付印