

# 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        |

| 健康保険被保険者証 |              |
|-----------|--------------|
| 記 号       | 番 号 (右づめで記入) |
|           |              |

|    |   |   |     |
|----|---|---|-----|
| 平成 | 年 | 月 | 日提出 |
|----|---|---|-----|

| 被 保 険 者 の 氏 名 |     |
|---------------|-----|
| (氏)           | (名) |
|               |     |

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

|                 |                    |                  |        |  |
|-----------------|--------------------|------------------|--------|--|
| 事業所名            |                    | 電<br>話<br>番<br>号 | 自 宅    |  |
| 所 属<br>(または出向先) | 部 室・グループ<br>課 ・ 工場 |                  | 職場(内線) |  |
| 被保険者住所          | 〒                  |                  |        |  |

| 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・<br>非該当 | 該当・非該当<br>年月日 | 健 保 記 入 欄 |
|-----------------|--------------|--------|----|---------------------------------------------------|-------------|---------------|-----------|
| (フリガナ)          | 昭 年 月 日<br>平 | 男<br>女 |    | 1.適用除外施設入所 2.国外居住者<br>3.国内居住3ヶ月未満の外国人<br>4.その他( ) | 該 当<br>非該当  | 平成<br>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、<br>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<br>名 称                                                            |        |
| 入居施設の<br>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