

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)			
1	2	3	4			5	6
						7	8

平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) ケンボ 健保	(名) タロウ 太郎 印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	新日鐵住金○×△(株)			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	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×					

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) ケンボ ハナコ 健保 花子	昭 ○ 年 × 月 △ ○ 日 平	男 女	妻	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	平成 ○ 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