

介護保険第2号被保険者適用除外 □該当・□不該当 届 (どちらかにレを記入してください)

満40～64歳の被保険者または被扶養者の方が介護保険適用除外事由に該当する場合、または 適用除外事由に該当しなくなった場合は、速やかに提出してください。

※太枠で囲んだところはすべて正確に記入してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

令和 年 月 日 提出

申請者	被保険者記号番号		被保険者氏名					
	記号	番号						
該当者 (本人を含む)	氏名		続柄	性別		生年月日	年齢	
			本人	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 平	年 月 日		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 平	年 月 日		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 平	年 月 日		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭 平	年 月 日		
◎下記に該当する番号にレを印し異動年月日を記入してください。						異動年月日		
適用除外事由	該当	1	国内に住所を有しなくなった。 <input type="checkbox"/> ・国内に住所を有しなくなった日(出国日)の翌日を記入してください。				令和	年 月 日
		2	在留資格 または、在留見込期間1年未満の短期滞在の外国人 <input type="checkbox"/> である。				令和	年 月 日
		3	身体障害者療護施設など、適用除外施設に入所中である。 <input type="checkbox"/> ・施設へ入所した日の翌日を記入してください。 ・施設名()				令和	年 月 日
	不該当	4	国内に住所を有するようになった。 <input type="checkbox"/> ・国内に住所を有するようになった日を記入してください。				令和	年 月 日
		5	在留資格 または、在留見込期間1年未満の短期滞在の外国人 <input type="checkbox"/> ではなくなった。				令和	年 月 日
		6	身体障害者療護施設など、適用除外施設から退所した。 <input type="checkbox"/> ・施設から退所した日を記入してください。				令和	年 月 日
事業主証明	上記のとおり証明します。							
	そごう・西武健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名							

常務理事						
------	--	--	--	--	--	--

健保受付印