

介護保険適用除外 該当 不該当 届

常務理事	事務長	課長	担当者

① 健康保険被保険者証

記号		番号	
----	--	----	--

② 被保険者の氏名 性別 生年月日

(氏)		(名)		性別	男・女	大昭平	年	月	日
		(印)							

③ 被扶養者の氏名 性別 続柄 生年月日

(氏)		(名)		性別	男・女	昭	年	月	日

④ 被保険者の住所	〒 —	被扶養者の住所	〒 —	備考	
-----------	-----	---------	-----	----	--

⑤ 適用除外の事由	⑥ 該当 不該当 の別	⑦ 該当 不該当 の年月日
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 ・ 不 該 当	平成 年 月 日

⑧ 入居施設の名称	〒 —
入居施設の所在地 電話番号	(局) 番

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	(局) 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

この届は、介護第2号被保険者（健康保険組合加入の40歳以上65歳未満の被保険者・被扶養者）が、次の事由に該当（不該当）する場合に事業主を通じて提出してください。

海外で長期滞在のため日本国内に住民票をおかない場合（国外居住者）
適用除外施設入所者（身体障害者療養施設入所者）
外国で在留資格一年未満の者（在留資格一年未満の外国人）

異動通知等を確認として添付してください。

該当（不該当）の介護第2号被保険者が2名以上の場合は個々に届を提出してください。

【記入の方法】

1. の健康保険被保険者証欄は健康保険組合で付された記号、番号を記入してください。
2. の被保険者の氏名欄は、該当（不該当）が被保険者、又は、被扶養者にかかわらず記入してください。被保険者の自署の場合は捺印の必要はありません、自署以外の場合は本人確認のうえ捺印してください。
3. の被扶養者の氏名欄は、被扶養者が適用除外に該当（不該当）の場合のみ記入してください。
4. の被保険者及び被扶養者の住所欄は、該当の場合は該当前の住所を、不該当の場合は不該当後の住所を記入してください。
5. の適用除外の事由欄で、身体障害者療養施設入所者2に該当（不該当）の場合は の入居施設の名称等を記入してください。
6. 性別、生年月日、適用除外の事由及び 該当・不該当の別の各欄は、それぞれ該当する文（数）字を印で囲んでください。