

健康保険 介護保険適用除外 該当届

| | | | | | |
|------|------|-----|----|----|----|
| 専務理事 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
| | | | | | |

| | | | |
|-------------|-----|-----|--------------|
| ① 健康保険被保険者等 | | | |
| 記号 | | 番号 | |
| ② 被保険者の氏名 | | 性別 | 生年月日 |
| (氏) | (名) | 男・女 | 昭・平 年 月 日 |

| | | | | |
|-----------|-----|-----|--------------|------|
| ③ 被扶養者の氏名 | | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
| (氏) | (名) | 男・女 | 昭・平 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居者 2 在留資格3カ月以下の外国人 3 | 該当 ・ 不該当 | 令和 年 月 日 |

| | |
|------------|--------|
| ⑧ 入居施設の名 称 | 〒 - |
| 入居施設の所在地 | |
| 電 話 | ()局 番 |

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | () |

令和 年 月 日 提出

受付日付印

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

◎この届は、介護保険第2号被保険者（健康保険の40歳以上65歳未満の被保険者・被扶養者）が、次の事由に該当または不該当になる場合に事業主を通じて提出してください。

- (1) 転勤により日本国内から外国へ転居し、日本国内に住民票を置かない場合または日本国内に居住するようになった場合
- (2) 介護保険施設、特定施設等に入所した場合又は退所した場合
- (3) 外国人で、入管法の規定による3カ月を超える在留期間が決定等されていない場合又は決定等された場合

◎介護保険適用除外該当・不該当届は、被保険者または被扶養者ごとに1枚ずつ作成してください。

【記入の方法】

1. ①の健康保険被保険者等は、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. ②の被保険者の氏名欄は、該当（不該当）が被保険者または被扶養者にかかわらず記入してください。
3. ③の被扶養者氏名欄は、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. 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. ⑤の適用除外の事由欄で、身体障害者療養施設入居者2に該当（不該当）の場合は⑧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、⑤適用除外の事由及び⑥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。
7. 届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。

【この届に添付して提出するもの】

1. ⑤の適用除外等の事由で、1に○をされた方は、「住民票の除票」
2. ⑤の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、「入居の証明書」
3. ⑤の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、在留期間を証明する書類（※）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など
※旅券（パスポート）の裏面に押される「上陸許可認印（写）」、「資格外活動許可書（写）」など