

介護保険適用除外等 該 非 該 当 届

常務理事	部 長	課 長	主 任	担当者

① 健康保険被保険者証等				
記号		番号		
② 被 保 険 者 の 氏 名				
(氏)	(名)	性別	生 年 月 日	
		男・女	昭平令	年 月 日
下記の確認欄に☑がある場合のみ印鑑の押印は不要です。				

③ 被 扶 養 者 の 氏 名		性別	続柄	生 年 月 日	
(氏)	(名)	男・女	昭平令	年 月 日	

④ 被 保 険 者 の 住 所	〒	被扶養者の住所	〒	備考	
-----------------	---	---------	---	----	--

⑤ 適用除外等の事由	⑥ 該 当 非該当 の別	⑦ 該 当 非該当 の年月日	⑧ 入居施設の名称	
国 外 居 住 者 1 身体障害者療養施設入居者2 在留資格3ヶ月以下の外国人3	該 当 ・ 非該当	令和 年 月 日	入居施設の 所 在 地 電 話	〒 ()

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

確 認 欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

◎ 届出上の注意事項及び確認書類等の添付書類については、裏面を参照のうえ、届出してください。

受付日付印

◎ 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。

①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）

②適用除外施設入居者（身体障害者療養施設入居者）

③外国人で在留資格3ヶ月以下の者（在留資格3ヶ月以下の外国人）

◎ 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. ①の健康保険被保険者等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. 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。
確認欄にがある場合のみ印鑑の押印は不要です。
3. 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. 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. 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、備考にその旨を明記してください。

【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、「入所・入院の証明書」。
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（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）及び雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。