

# 介護保険適用除外等 該 当 届 非該当

①健康保険被保険者証の記号番号					
記号	番号				
②被保険者の氏名と印		性別	生 年 月 日		
氏	名	男 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	
		(印)			
③ 被 扶 養 者 の 氏 名		性別	生 年 月 日		
氏	名	男 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	
		(印)			
④ 被 保 険 者 の 住 所					
〒 -					
⑤ 被 扶 養 者 の 住 所					
〒 -					
⑥適用除外等の事由		⑦ 該 当 非該当	⑧ 該 当 非該当	の年月日	⑨入居施設の名称
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人		1. 該 当	令和 年 月 日		入居施設の住所 電話番号
		2. 非該当			
					( ) -

【事業主記載欄】 事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は□に✓を付してください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	(印)
------------------------------------	-----

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

【この届に添付して提出するもの】

- 適用除外等の事由で、1に該当する方は、「住民票の除票」
- 適用除外等の事由で、2に該当する方は、「入所・入院証明書」
- 適用除外等の事由で、3に該当する方は、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（写）」など

## 【記入の方法】

1. ①の健康保険被保険者証の記号番号は、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の被保険者の氏名と印は、該当（非該当）が被保険者または被扶養者にかかわらず記入押印してください。  
被保険者の自署の場合は押印の必要はありません。
3. ③の被扶養者の氏名は、被扶養者が適用除外に該当（非該当）の場合のみに記入してください。
4. ④、⑤の被保険者及び被扶養者の住所は、該当の場合は該当前の住所を、非該当の場合は非該当後の住所を記入してください。
5. ⑥の適用除外等の事由で、2の身体障害者療養施設等の入所者に該当の場合は、⑨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、⑥適用除外等の事由及び⑦該当・非該当の別の各欄は、それぞれ該当する文（数）字を○印で囲んでください。