

介護保険適用除外等 該 当 届 不 該 当

常務理事	事務長	部 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)	男・女	昭 平	年	月	日
		⑩				

③ 被扶養者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日		
(氏)	(名)	男・女		年	月	日
			昭 平			

④被保険者の住所	被扶養者の住所	備 考
----------	---------	-----

⑤ 適用除外等の理由	⑥ 該 当 の別 非該当	⑦ 該 当 の年月日 非該当
国外居住者 1 身体障害者療養施設入居者 2 在留資格3か月以下の外国人3	該 当 ・ 非該当	令和 年 月 日

⑧ 入居施設の名称	
入居施設の所在地	〒 ー
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	⑩
電 話	(局) 番

受付日付印

◎記入の方法及び添付書類は、裏面に書いてありますので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。

- 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 定期用除外施設入所者（身体障害者療養施設入所者）
- ③ 外国人で在留資格一年未満の者（在留資格一年未満の外国人）

◎ 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. 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の被扶養者の氏名欄は、被扶養者が適当除外に該当（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所者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。