

介護保険適用除外 **該当** 届

常務理事	事務長	担当者

被保険者証		
記号	123*	番号
		678**

選択肢のある項目はそれぞれ
該当するものに○を付けてください

被 保 険 者	氏名	性別	生年月日
	横浜 健男	男	昭和・平成 45年 6月 7日
	住所	〒 アメリカ合衆国	

被 扶 養 者	氏名	性別	生年月日	続柄
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
	住所	〒 -		

※住所欄：国内⇒海外の場合は「国名」を、海外⇒国内の場合は具体的な国内の住所を記入してください。（同居の被扶養者は「同左」で可）

申 請 内 容	理 由	該当・非該当	該当・非該当年月日
	1. 国内⇔国外 居住の為 ※添付：住民票の除票	1. 該 当	令和
	2. 身体障がい者療養施設への入(退)居 ※添付：入所・入院の証明	2. 非該当	3年 4月 8日
	3. 在留資格3カ月以下の外国人 ※添付：在留および雇用契約期間の証明		

入 居 施 設	申請理由が療養施設入居の場合	
	名 称：	
	所在地：〒	-
	電話番号：	- -

事 業 主 証 明 欄	この届け出について、事業主が下記事項を確認しました。 <input type="checkbox"/> 記載内容に誤りの無い事を被保険者に確認しました。 <input type="checkbox"/> 転勤の為、住民登録の届け出を済ませたことを確認しました。（住民票除票の添付省略可）	
	事業所所在地	〒 令和 年 月 日
	事業所名称	勤務先事業所が証明する欄です 添付書類を揃えて 事業所へ提出してください
	事業主氏名	
	電話番号	

健保受付印