

# 介護保険適用除外 該当 届 非該当

常務理事	事務長	担当者

被保険者証	記号		番号	
-------	----	--	----	--

被 保 険 者	氏 名		性別	生年月日
			男 女	昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒 -		

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 2. 非該当	令和 年 月 日
	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		
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）	
	令和 年 月 日	
事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		

健保受付印