

介護保険適用除外等 該当 非該当 届

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

① 健康保険被保険者等の
記号番号

—

② 被保険者の氏名

性別	生年月日
男	昭和 年 月 日
女	平成 年 月 日

③ 被扶養者の氏名

性別	続柄	生年月日
男		昭和 年 月 日
女		平成 年 月 日

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 該当の別	⑧ 該当の年月日
1 国外居住者	該当	
2 身体障害者療養施設等入所者	・	令和 年 月 日
3 在留資格3ヵ月以下の外国人	非該当	

⑨ 入居施設の名称

〒

入居施設の
所在地
電話 (局) 番

上記のとおり確認しましたので届出いたします。 令和 年 月 日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

◎該当事由（添付書類）

受付日付印

1. 国外居住者
 - ・住民票の除票（コピー不可）
2. 身体障害者療養施設等入所者
 - ・入所・入院証明書の写し
3. 在留資格3ヶ月以下の外国人
 - ・在留期間を証明する書類（※旅券裏面に押される「上陸許可認印」や「資格外活動許可書」などの写し）及び雇用契約書の写し

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）

備考

社会保険労務士の提出代行者印

◎記入方法は記載例をご覧ください。