

介護保険適用除外等 該当 届

常務理事	部 長	課 長	課長代理	係 長	主 任	担当者

①	健康保険被保険者証の 記号番号
—	

② 被保険者の氏名と印	性別	生年月日
(印)	男 女	昭和 平成 年 月 日

③ 被扶養者の氏名	性別	続柄	生年月日
	男 女		昭和 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 非該当	⑧ 該当の年月日 非該当
1 国外居住者	該 当	
2 身体障害者療養施設等入所者	・	平成 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

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
◎被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
◎ただし、転勤により国内から国外または国外から国内へ転居した場合には、被保険者本人の署名又は押印は不要です。

上記のとおり確認しましたので届出いたします。 平成 年 月 日	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	(印)
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

被保険者証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、本人確認の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	
	(印)

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。