

健康保険

介護保険適用除外
該当・不該当届

常務理事	事務長	課長	係長	係

年 月 日 提出

受付印

提出者記入欄	事業所所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都江東区〇〇1-2-3
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇
	電話番号	()

社会保険労務士の記載欄
氏名等

① 被保険者記号		② 被保険者番号	
被保険者	フリガナ	キカン	タロウ
	氏名	機 岳	太 郎
	生年月日	⑤ 5.昭和 6.平成 7.令和	年 月 日
	住所	〒 -	④ 性別 1.男 2.女

被扶養者	フリガナ	キカン	ハナコ
	氏名	機 岳	花 子
	続柄	妻	
	生年月日	⑤ 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日
	住所	〒 -	④ 性別 1.男 2.女

⑥ 適用除外等の理由	⑦ 該当の別 該当 非該当	⑧ 該当・非該当の年月日
1. 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入居者 3. 在留資格3か月以下の外国人	1 該当 2 非該当	年 月 日 7.平成 9.令和 0 2 1 1 0 2

⑨ 入居施設の名称	
⑩ 入居施設の所在地	〒 -
電話番号	- -

記入方法

- ①被保険者記号 : 被保険者記号(被保険者証の記号)をご記入ください。
②被保険者番号 : 被保険者番号(被保険者証の番号)をご記入ください。
③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

5.昭和 ①平成 9.令和	年	月	日
0	1	0	2
0	4	0	4

- ④性別 : 該当する番号を○で囲んでください。
⑤続柄 : 被保険者との続柄を、「夫」「妻」「父」「母」「子」「祖父」「祖母」等、詳しく記入してください。

*被扶養者欄は、該当の被扶養者がいる場合のみご記入ください。

- ⑥適用除外等の事由 : 該当する数字を○で囲んでください。
⑦該当 非該当の別 : 該当する数字を○で囲んでください。
⑧該当・非該当の年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

⑦平成 9.令和	年	月	日
3	0	0	4
0	4	0	4

- ⑨入居施設の名称 : 適用除外等の事由欄で2に○をされた方のみ記入してください。
⑩入居施設の所在地 : 現住所を記入してください。なお、海外赴任の場合は国名のみ記入してください。

【この届出に添付して提出するもの】

- ⑥適用除外等の事由で1に○をされた方 : 「住民票の除票」
⑥適用除外等の事由で2に○をされた方 : 「入所・入院の証明書」
⑥適用除外等の事由で3に○をされた方 : 在留期間を証明する書類(旅券(パスポート)の裏面に押印される「上陸許可認印(写)」「資格外活動許可書(写)」など)および雇用契約期間を証明できる「雇用契約書」など。