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

受付印

年　月　日 提出

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

社会保険労務士の記載欄

氏 名 等

①被保険者等記号		②被保険者等番号	

被保険者									
氏名	フリガナ キカン	タロウ	③生年月日	5.昭和 6.平成 7.令和	年 ○○	月 ○○	日 ○○	④性別	1.男 2.女
	機 缶	太 郎							
住所	〒　－								

被扶養者											
氏名	フリガナ キカン	ハナコ	⑤続柄	妻	③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 ○○	月 ○○	日 ○○	④性別	1.男 2.女
	機 缶	花 子									
住所	〒　－										

⑥適用除外等の理由	⑦該当・非該当の別	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	7.平成 9.令和	年 0 2	月 1 1	日 0 2

⑨入居施設の名称	
⑩入居施設の所在地	〒　－
電話番号	―　―

機 缶 健康保険組合

記入方法

①被保険者等記号　：　記号(資格情報のお知らせに記載)をご記入ください。

②被保険者等番号　：　番号(資格情報のお知らせに記載)をご記入ください。

③生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

5.昭和 ⑦平成 9.令和	0	年 1	0	月 2	0	日 4

④性別　：　該当する番号を〇で囲んでください。

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　：　該当する数字を〇で囲んでください。

⑦該当　非該当の別　：　該当する数字を〇で囲んでください。

⑧該当・非該当の年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

⑦平成 9.令和	3	年 0	0	月 4	0	日 4

⑨入居施設の名称　：　適用除外等の事由欄で2に〇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に〇をされた方　：「住民票の除票」

⑥適用除外等の事由で2に〇をされた方　：「入所・入院の証明書」

⑥適用除外等の事由で3に〇をされた方　：　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。