

## 介護保険被保険者適用除外（該当・不該当）届

常務理事	事務長	主管	担当者

平成 年 月 日 提出				*太線の枠内をご記入下さい。				提出：被保険者⇒事業主⇒健保組合				
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	ふりがな					生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		年齢	歳
				氏名								
適用除外 該当・不該当 理由	<input type="checkbox"/> 海外又は国内に住居を異動(居住していた市区町村に転出(入)届を提出した者)											
	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所又は退所											
	<input type="checkbox"/> 在留資格又は在留見込期間1年未満の短期滞在外国人又は短期滞在ではなくなった											
異動年月日	平成 年 月 日											

\*下記には記入しないで下さい。

従前における 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者		
出向又は帰任後の 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定被保険者 <input type="checkbox"/> 適用除外者		
決 定	適用除外年月日 又は適用年月日	<input type="checkbox"/> 適用除外    平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 適用	
	適用除外 とならない理由	<input type="checkbox"/> 被扶養者が国内に住所を有しているため <input type="checkbox"/> 残留被扶養者に第2号被保険者に該当する者がいるため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	不該当年月日	平成 年 月 日	

事業所 所在地			
名称			
事業主	(印)		
電話	( )		

<b>第2号被保険者の適用除外に該当又は不該当となる被扶養者</b>			
氏名	続柄	異動年月日	
		平成 年 月 日	
適用除外 該当・不該当 理由	<input type="checkbox"/> 海外又は国内に住居を異動(転出・転入)		
	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所又は退所(名称・所在地記入)		
	<input type="checkbox"/> 在留資格1年未満の外国人又は短期滞在ではなくなった		
入居施設 の名称			
入居施設 の所在地	TEL ( )		
氏名	続柄	異動年月日	
		平成 年 月 日	
適用除外 該当・不該当 理由	<input type="checkbox"/> 海外又は国内に住居を異動(転出・転入)		
	<input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設に入所又は退所(名称・所在地記入)		
	<input type="checkbox"/> 在留資格1年未満の外国人又は短期滞在ではなくなった		
入居施設 の名称			
入居施設 の所在地	TEL ( )		

受付印

\*この届出に記載された個人情報は、健保組合の業務を遂行するために収集し利用します。