

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	けんぼ しんのすけ				生年月日	大正・昭和・平成 ○○年○○月○○日			年齢	○○	
	○○○○	○○○○	氏名	健 保 慎 之 介								歳		
適用除外 該当・不該当 理由	<input checked="" 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										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			
								氏名	続柄	異動年月日				
							平成 年 月 日							
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							

*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	東京都○○区○○ ○○丁目○○番地○○号			
名称	○○○○○○株式会社			
事業主	代表取締役社長 ○ ○ ○ ○			(印)
電話	○○ (○○○) ○○○○代			

氏名	続柄	異動年月日		
		平成 年 月 日		
氏名	続柄	異動年月日		
		平成 年 月 日		
氏名	続柄	異動年月日		
		平成 年 月 日		
氏名	続柄	異動年月日		
		平成 年 月 日		

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。