

常務理事	事務長	担当

介 護 保 険 適 用 除 外 該 当 届
不 該 当

① 健康保険被保険者証			
記号		番号	

② 被 保 険 者 氏 名	性別	生 年 月 日			
	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 ・ 令和	年	月	日

④ 被保険者の住所	〒	—	被扶養者の住所	〒	—	備考
-----------	---	---	---------	---	---	----

⑤ 適用除外の事由	⑥ 該 当 不 該 当 の 別	⑦ 該 当 不 該 当 の 年 月 日	⑧ 入居施設の名称			
国外居住者 1 身体障害者療養施設入所者 2 在留資格一年未満の外国人 3	該 当 ・ 不 該 当	令和 年 月 日	入居施設の所在地 電 話	〒	—	() 番

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	()	番

令和 年 月 日

受付日付印

- ◎ この届は、介護保険第2号被保険者（健康保険組合加入の40歳以上65歳未満の被保険者・被扶養者）が、次の事由に該当（不該当）する場合に事業主を通じて提出してください。
- ① 海外で長期滞在のため日本国内に住民票をおかない場合（国外居住者）
 - ② 適用除外施設入所者（身体障害者療養施設入所者）
 - ③ 外国人で在留資格一年未満の者（在留資格一年未満の外国人）
- ◎ 該当（不該当）の介護保険第2号被保険者が2名以上の場合は個々に届を提出してください。

【記入の方法】

1. ①の健康保険被保険者証欄は健康保険組合で付された記号、番号を記入してください。
2. ②被保険者の氏名欄は、該当（不該当）が被保険者、又は、被扶養者にかかわらず記入してください。
被保険者の自署の場合は捺印の必要はありません。自署以外の場合は本人確認のうえ捺印してください。
3. ③の被扶養者の氏名欄は、被扶養者が適用除外に該当（不該当）の場合のみ記入してください。
4. ④被保険者および被扶養者の住所欄は、該当の場合は該当前の住所を。不該当の場合は不該当後の住所を記入してください。
5. ⑤の適用除外の事由欄で、身体障害者療養施設入所者2に該当（不該当）の場合は⑧の入居施設の名称等を記入してください。
6. 性別、生年月日、⑤適用除外の事由および⑥該当・不該当の別の各欄は、それぞれ該当する文（数）字を○印で囲んでください。