

介護保険 適用除外(該当・非該当)届

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

被保険者等	
記 号	番 号 (右づめで記入)

年 月 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏)	(名)

事業所名		電 話 番 号	自 宅	
所 属 (または出向先)	部 室・グループ 課 ・ 工場		職場(内線)	
被保険者住所	〒		職場(外線)	

届 出 対 象 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	適 用 除 外 の 事 由	該 当・ 非該当	該当・非該当 年月日	健 保 記 入 欄
(フリガナ)	昭 平 令	男 女		1.適用除外施設入所 2.国外居住者 3.国内居住1年未満の外国人 4.その他()	該 当 非該当	年 月 日	

【適用除外の事由】において「適用除外施設入所」を選択された場合は、 下欄に「入居施設の名称」及び「入居施設の所在地」を記入してください。	
入居施設の 名 称	
入居施設の 所在地	〒 電話番号

- 適用除外施設入所
 - ・該当年月日・・・入所した日の翌日
 - ・非該当年月日・・・退所した日
- 国外居住者
 - ・該当年月日・・・国内に住所を有さなくなった日(※)の翌日
 - ・非該当年月日・・・国内に住所を有した日(※)
 - ※住民票を移した日
- 短期滞在(国内居住所1年未満)の外国人
 - ・該当年月日・・・①40歳以上で資格取得した場合→資格取得日
 - ②40歳未満で資格取得した場合→40歳の誕生日の前日
 - ・非該当年月日・・・1年を経過した日

【注 記】海外勤務の方は、「被保険者海外勤務・国内帰任届」により事業主から健保への届出となります。

受付日付印