

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

健康保険組合 の 受 付 印
日付印

健康保険被保険者証									
記 号 番 号 (左づめで記入)									

令和 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	店・グループ 課・室	職 場	
被保険者住所	〒			
			携 帯	

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)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		
						令和 年 月 日	
				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		

【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。

事 業 所 所 在 地	
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話	
	(局) 番 印

受 付 日 付 印